

Den psykiatriska patienten i observationsvård

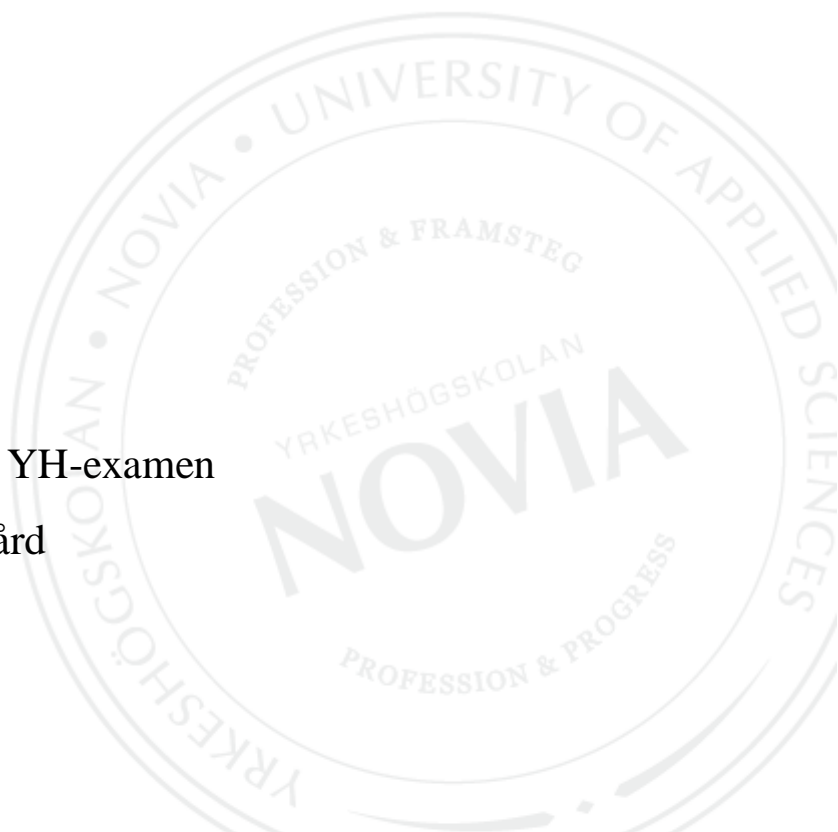
- En kvalitativ studie om den psykiatriska patienten i observationsvård i samband med att ett nytt undersökningsprogram tagits i bruk

Nina Lundström

Examensarbete för sjukskötare YH-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Nina Lundström

Utbildningsprogram och ort: Social- och hälsovård

Inriktningalternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Marlene Gädda

Titel:

Den psykiatriska patienten i observationsvård: En kvalitativ studie om den psykiatriska patienten i observationsvård i samband med att ett nytt undersökningsprogram tagits i bruk

Datum 16.5.2013

Sidantal 28

Bilagor 6

Sammanfattning

Syftet med lärdomsprovet var att genom en kvalitativ studie undersöka hur observationsvården på en psykiatrisk akutavdelning ser ut i samband med att ett nytt undersökningsprogram tagits i bruk.

Respondenten har utarbetat ett undersökningsprogram i samarbete med en arbetsgrupp vid en psykiatrisk enhet vid ett centralsjukhus i Finland. Studien sökte svar på hur observationsvården förändrats i samband med att det nya undersökningsprogrammet tagits i bruk.

De teoretiska utgångspunkterna bestod av Wiklunds samt Sarvimäki och Stenbock- Hults tankar kring patientvård och patientrelationer.

Intervjuer har gjorts med vårdare på en akutpsykiatrisk vårdavdelning på ett centralsjukhus i Finland.

Resultatet visade att det nya undersökningsprogrammet tagits väl emot av personalen på en akutpsykiatrisk vårdavdelning. Personalen är beredd att arbeta med det nya undersökningsprogrammet och ser det som en utveckling i vårdarbetet. Personalen anser att det gynnar patientvården på en akutpsykiatrisk vårdavdelning med tanke på vårdrelationer, bemötande samt god vård.

Språk: svenska Nyckelord: god vård, vårdrelation, bemötande

Förvaras: Yrkeshögskolan Novia och Theseus.fi

BACHELOR'S THESIS

Author: Nina Lundström

Degree Programme: Health Care

Specialization: Nursing

Supervisors: Marlene Gädda

Title:

The psychiatric patient in observation care: A qualitative study of the psychiatric patient in observation care in connection with the use of a new screening program

Date 16.5.2013

Number of pages 28

Appendices 6

Summary

The purpose of the thesis was that by means of a qualitative study examine how observations care in a psychiatric emergency department looks in connection with a new screening program that has been in use.

The respondent has drawn up a testing program carried out in collaboration with a team at a psychiatric unit at a central hospital. The aim of the study was to find out how observations care changed with the introduction of the new screening program.

The theoretical approach consisted of Wiklund and Sarvimäki & Stenbock-Hult's thoughts on patient care and patient relationships. Interviews were carried out with carers at the emergency department at a central hospital.

The results showed that the new testing program has been well received by the staff at the emergency psychiatric ward. The staff is prepared to work with the new survey software and see it as a trend in nursing work. The staff also believes that it benefits patient care in an emergency psychiatric ward given care relationships, customer service and good care.

Language: Swedish

Key words: good nursing, relationships, good care

Filed at : Novia University of Applied Sciences and Theseus.fi

Innehåll

| | |
|--|----|
| 1 Inledning..... | 1 |
| 1.1. Förverkligande av undersökningsprogrammet | 2 |
| 2 Syfte och problemprecisering | 3 |
| 3 Teoretisk utgångspunkt | 3 |
| 3.1 Den vårdande relationen | 4 |
| 3.2 Humanistiska värden i vården enligt | 4 |
| 4 Teoretisk bakgrund | 5 |
| 4.1 Förutsättningar för vård oberoende av patientens vilja | 5 |
| 4.2 Mentalsjukdom | 6 |
| 4.3 Behovet av vård..... | 6 |
| 4.4 Andra mentalvårdstjänsters otillräcklighet | 7 |
| 4.5 Underårigs vård mot sin vilja | 7 |
| 4.6 Processen för beslut om intagning till vård | 8 |
| 4.7 Patientens begränsning på en psykiatrisk vårdavdelning | 9 |
| 4.8 Praktisk förberedelse | 9 |
| 5 Tidigare forskning | 10 |
| 6 Undersökningens genomförande | 13 |
| 6.1 Val av informanter..... | 14 |
| 6.2 Intervju..... | 14 |
| 6.3 Innehållsanalys | 15 |
| 6.4 Etiska överväganden..... | 15 |
| 6.5 Undersökningens praktiska genomförande..... | 16 |
| 7 Resultatredovisning | 16 |
| 7.1 God vård under observationsperioden | 17 |
| 7.1.1 Tankar om det nya undersökningsprogrammet | 17 |
| 7.1.2 Vårdrelationen..... | 17 |
| 7.1.3 Upplevelse av god vård | 18 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 7.1.4 Bemötandet | 18 |
| 7.1.5 Respekt och bekräftelse | 19 |
| 7.1.6 Dokumentation..... | 20 |
| 8 Tolkning | 20 |
| 9 Kritisk granskning | 24 |
| 10 Diskussion..... | 26 |

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Den moderna människan omger sig idag med teknologi och metoder för att göra vardagen enklare och effektivare. Samtidigt utsätts hon för påfrestningar och prestationskrav som kan bli övermäktiga. Stress är ett välkänt fenomen i det vad som kallas den civiliserade världen. Utbrändhet och mental ohälsa är idag större hot mot människan än rovdjur och vädrets makter.

I olika undersökningar konstateras hur den vuxna befolkningen drabbas av mentalstörningar av olika grad. I senare medelålder hos båda könen är det allt vanligare att drabbas av mental ohälsa. Den egentliga andelen psykosor är mindre, i stort sett i samma omfattning som i andra kulturer under olika tidsperioder, ca 1 %. (www.thl.fi). I slutet på 2009 var det de mentala hälsoproblemen som var den vanligaste orsaken till arbetslöshetspension i Finland. Till den gruppen hör schizofreni, neuroser, personlighetsstörningar och beteendestörningar tillsammans cirka 90 864 personer. Av alla som beviljats arbetslöshetspension är detta den tredje största orsaken. (Johansson, Berg, 2011, s. 9)

Ett centralt skeende i det psykiatriska vårdarbetet är i mötet mellan två människor. Den ene av dessa har ett hjälpbehov, medan den andra personen har upplevt en slags krasch i förmågan att hantera sitt liv. Den andre är en människa som på mer eller mindre goda grunder kan kalla sig för professionell. Om den hjälpsökande upplever att den andra verkligen lyssnar på honom eller henne med respekt för det unika i hans eller hennes person och livssituation kommer detta att få en avgörande betydelse för förmågan att gå vidare i livet. Det krävs kunskaper för att arbeta professionellt. Kravet på dessa kunskaper har skiftat i hög grad mellan olika tid och orter, även under de senaste decennierna. I början av 1950-talet kom de antipsykotiskt verksamma läkemedel som radikalt reformerade mentalsjukhusmiljön. Den psykodynamiska psykiatrins decennium infann sig på 1960-talet. Under 1970-talet kom de sociala synfallsvinklarna på psykiatrin mera att betonas. Man kan i nutid notera ett intresse för att se de olika kunskapsområdena i ett helhetsperspektiv, där också själva vårdmiljöns och vårdorganisationens betydelse framhävs. (Cullberg 1994 s. 13).

Respondenten har i sitt arbete på en akutpsykiatrisk vårdavdelning mött många patienter som hamnat utanför den psykiska hälsans marginaler. Intresset för att ge dessa patienter möjlighet till en adekvat vård oberoende av ställning, ålder, livssituation har varit i

respondentens tankar långa tider. I och med studierna till sjukskötare har respondenten haft möjlighet att tillsammans i en arbetsgrupp utforma ett undersökningsprogram som passar åt alla patienter inom psykiatrisk akutvård och som alla vårdgivare kan använda.

Då en patient på psykiatrisk vårdavdelning är i observationsvård föregås det av en intagning på en M1-remiss (bilaga 1), en s.k. kallad remiss för vård mot patientens vilja. Denna situation kan föregås av direkt psykisk sjukdom som kräver omedelbar vård, patient som farlig för sig själv, patient som äventyrar andras liv eller en patient som är öppet psykotisk. I kapitel 4 beskrivs processen för en M1-remiss som leder till observationsvård på en psykiatrisk vårdavdelning samt vård mot patientens vilja enligt Mentalvårdslagen.

Examensarbetet är ett beställningsarbete från ett centralsjukhus i Finland. Syftet med arbetet är att genom en kvalitativ studie kartlägga hur god vård på en psykiatrisk vårdavdelning ser ut i samband med att det nya undersökningsprogrammet (bilaga 2) tagits i bruk.

1.1. Förverkligande av undersökningsprogrammet

Nya patienter som kommer in för vård behöver förutom psykiatrisk första hjälp snabb, täckande och effektiv utredning gällande patientens bedömning och behov av vård. Dessa riktlinjer ger en bild av vårdarens uppgifter för att reda ut patientens situation under vårdens första dagar. Med nya patienter avses här sådana patienter som inte tidigare undersökts enligt dessa riktlinjer. Gällande andra patienter uppdateras uppgifter inom 3–4 dagar.

Undersökningsprogrammet innehåller en utredning angående patientens somatiska situation, nätverk och livssituation, livshistoria, funktionsförmåga och livskvalitet samt kartläggning av symptom.

Vid utvärderingar är meningen den att vårdande läkare, egenvårdare/egenvårdargruppens vårdare, psykolog, socialarbetare samt patienten skall delta. I samband med grupputvärderingarna används insamlade uppgifterna så täckande som möjligt. Egenvårdare beskriver så kortfattat som möjligt de delar som samlats in. Utvärderingen sker för nya patienters del samt för svårundersökta patienter i regel den fjärde vård dagen. Tidigare vårdade och mera lättundersökta patienter utvärderas på den tredje dagen.

Undersökningsprogrammet har utformats tillsammans med en arbetsgrupp bestående av avdelningsskötare från tre akutavdelningar samt överskötare. Arbetsgruppen har träffats fem gånger för att tillsammans diskutera kring utformning av samt struktur för undersökningsprogrammet. Respondenten har deltagit i samtliga möten. Under träffarna har diskuterats vilka olika mätare som är aktuella att använda för att få fram patientens egentliga situation. Det har överenskommit om att programmet skall innehålla 15 D livskvalitetsmätare, (bilaga 3) BDI – depressionstest för depressiva patienter (bilaga 4) samt AUDIT – förfrågan (bilaga 5) som berör alla patienter. Däremellan har respondenten haft täta kontakter och möten tillsammans med avdelningsskötare på en psykiatrisk akutavdelning för att tillsammans se på olika möjligheter till utveckling av dokumentationen i undersökningsprogrammet.

2 Syfte och problemprecisering

Respondentens syfte är att göra en kvalitativ studie om den psykiatriska patienten i observationsvård.

I detta examensarbete aktualiseras följande fråga:

Hur ser god vård ut under observationsperioden i samband med att det nya undersökningsprogrammets tagits i bruk?

3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska delen har valts utgående från den vårdande relationen enligt Wiklund (2008) för att respondenten delar uppfattningen om hennes tankar om den vårdande relationen. Även Sarvimäki och Stenbeck-Hult (1991) tankar om humanism inom vården samt respekt för människovärdet är värden i vården som respondenten stöder.

3.1 Den vårdande relationen

Syftet med vårdandet är att stödja patientens tillväxtprocess. I ett idealiskt vårdande sammanfaller vårdarens och patientens målsättning. Man kan notera att vårdrelationen alltid är asymmetrisk, d.v.s. vårdaren har med sitt yrke och sin kunskap en maktposition. Makt i sig själv är inget laddat begrepp utan värdeneutralt. (Malmsten 2001). Det som är den avgörande faktorn är hur makten används. Vårdaren bör därför reflektera över sin egen makt, hur den ser och hur den kommer används. Det är av största vikt att vården inte blir oetisk utan att vårdarna främjar patientens bästa med sin makt. Ifall vårdaren använder sin makt för att dominera kan patienten bli utsatt för ett moraliskt förkastligt handlande. (Lindström 1994). Vårdaren kan alltså använda sin makt för att styra, manipulera och/eller överbeskydda, men också för att härda patientens makt genom att fungera som en pålitlig bas för denna. Om så sker kan vårdaren göra det möjligt för patienten att växa och tillvarata sina egna resurser. Om patienten inte har egna resurser för tillfället får vårdaren agera å patientens vägnar. Främjande av hälsoprocessen kan vara en erfarenhet av att någon står vid ens sida och ser vad man behöver. Den vårdande relationen präglas av det vårdaren och patienten omfattar hos varandra, graden av ömsesidighet, tilltro och hänsyn och av hur vårdaren bemöter patienten och ger honom eller henne sin uppmärksamhet. Patienten kan uppleva tilltro då vårdaren har ett karitativt förhållningssätt, alltså tar ansvar för vårdssituationen som helhet och ett inre ansvar för patientens görlighet. Det inre ansvaret här innebär att vårdaren kan skapa möjligheter för patienten att växa och utvecklas utifrån sin egen bild om hur han eller hon vill och bör leva, snarare än att vårdaren försöker få patienten att passa in i ett socialt mönster. (Wiklund, 2008, s. 156–157)

3.2 Humanistiska värden i vården enligt

Om man utgår från humanismen som en grundläggande filosofi i vården så framkommer den inte bara i synen på människan utan vissa värden blir också grundläggande för vården. Till de humanistiska grundvärdena kan man räkna omsorg om människan och respekt för människovärdet. Då omsorgen om människan samt strävan efter att åstadkomma någonting gott för henne samt att bistå människor i att leva gott brukar grunda sig i humanism. Inom humanismen (von Wright 1978; Rosing 1987), ter det sig ganska naturligt att se värden som en humanistisk verksamhet och att omfatta denna som grund för vården. (Sarvimäki, Stenbock-Hult, 1991, s. 33–34)

4 Teoretisk bakgrund

Respondenten kommer i följande kapitel att redogöra för kriterier för vad en M1-remiss är. Vad M2/M3 beslut innebär för patienten samt vidare följer ett kapitel kring underårigs vård mot sin vilja samt processen om beslut för intagning av vård. Även patientens begränsningar kring vården på en psykiatrisk vårdavdelning tas upp. Sista delen i detta kapitel redogör för respondentens praktiska förarbete kring undersökningsprogrammet på psykiatriska enheten.

4.1 Förutsättningar för vård oberoende av patientens vilja

Grundlagen skyddar individens självbestämmanderätt å det starkaste och denna självbestämmanderätt kan begränsas enbart på basis av speciella förutsättningar. 1991 års mentalvårdslag ger läkare undantagsvis rätt att rucka på självbestämmanderätten. I övriga Europa har motsvarande makt getts åt domstolar. Mentalvårdslagen kan sammanfattas i tre olika kärnantaganden: Patientens rättsskydd skall förverkligas. Självbestämmanderätt kan avvika enbart inom lagens ramar för patientens bästa. Patientens rätt till saklig vård skall tryggas. Hälsovårdscentralens ansvariga läkare har skyldighet att förpassa patienten till vård om förutsättningar för detta finns samt kriterier för detta tydligt framkommer. Tvång i sig själv är aldrig vård. Endast ifall det är fråga om vård, kan tvång gälla inom hälsovården. Om det psykiatriska tillståndet inte förutsätter vård gäller inte tvång. Tvång är begränsat enbart till psykoser (när det gäller ungdomar svåra mentala störningar) och för övriga störningar finns det ingen lag med tillräckliga förutsättningar för att använda tvångsvård. En fullvuxen person kan förpassas till psykiatrisk vård mot sin vilja endast i följande fall: han eller hon konstateras vara sinnessjuk eller han är på grund av sin sinnessjukdom i behov av vård p.g.a. att det i avsaknad av vård i huvudsak skulle förvärra hans eller hennes nuvarande tillstånd å det allvarligaste skulle förvärra hans hälsa eller trygghet eller å det allvarligaste skulle förvärra andra personers hälsa eller trygghet. Inga andra mentalvårdstjänster eller alternativ är lämpliga eller otillräckliga. Föregående förutsättningar skall fyllas samtidigt (1-3). Med andra ord skall patienten vara sinnessjuk och i behov av vård samt andra mentalvårdstjänster anses otillräckliga eller för tillståndet olämpliga. Vidare begränsar lagen vård oberoende av sin vilja – vård enbart till

sjukhusvård: inom öppenvården kan tvång inte med lagens hjälp förverkligas i Finland. www.terveysportti.fi/psykiatria/tahdosta-riippumaton-hoito (2011)

4.2 Mentalsjukdom

Enligt Europeiska Rådets rekommendationer skall mentala störningar, mentalsjukdom och andra mentala störningar diagnostiseras på medicinska grunder. I och med detta kan individens olämplighet i samhället gällande moraliska, samhällsinriktade, politiska eller andra värderingar räcka till för att diagnostisera mentala störningar eller mentalsjukdom. Att bedöma mentalsjukdom är läkarens uppgift efter en grundlig undersökning/utvärdering. Mentalsjukdom i Finland är en sådan allvarlig mental störning som medför en kraftig störning i verklighetsuppfattning och som kan klassas som psykos. Med nuvarande klassificering kan följande diagnosgrupper räknas som störning: Deliriumtillstånd, Schizofreni i olika former, organiska och andra vanföreställningar, allvarliga depressioner samt bipolära tillstånd där psykotiska symptom, demenstillstånd samt andra psykoser. På hälsovårdscentralen förutsätts inte att diagnosen på mentalstörning kan ställas säkert och omedelbart. Det är sjukhusets uppgift att fastställa diagnosen under observationstiden. Det är hälsovårdscentralens uppgift att förutsätta att mentalsjukdom är uppenbar. (www.terveysportti.fi/psykiatria, tahdosta riippumaton hoito, 2011)

4.3 Behovet av vård

Vården skall baseras på tre enskilda förutsättningar, varav en skall uppfyllas för att förutsättning för vård finns. Utebliven vård skulle i huvudsak förvärra patientens mentalsjukdom. Vid bedömning av sjukdomens försämring bör beaktas ifall patientens tillstånd skulle kunna förmildras eller förvärras med saklig medicinsk vård. Uteblivande av vård skulle kunna förvärra patientens tillstånd i de situationer då patienten inte medicinerar, vilket i så fall skulle minska symptomen eller ifall sjukdomen oskött framskrider. Patientens hälsa eller trygghet skulle vara i fara. Patientens hälsa eller säkerhet skulle vara i fara t.ex. då han eller hon på grund av sitt hälsotillstånd inte förmår sköta sig själv. Så kan ske om patienten är förvirrad, osammanhängande eller manisk. Även för suicidala patienter kan sjukhusvård vara oundviklig fastän det inte är ett

tillräckligt skydd för att komma över en dylik kris. En annan riskfaktor kan vara t.ex. att hamna i trubbel eller oförmåga att sköta vardagslivet eller att uppfylla vardagens krav, t.ex. klara sig i trafiken eller hård köld. Akut förvirring eller osammanhängande beteende försvagar möjligheten att klara sig. Andra människors hälsa eller trygghet skulle äventyras. Vanligast i detta avseende är ifall det är fråga om våldsamma situationer. Lagen säger dock inget om våld kontra hälsa eller trygghet med tanke på risksituationer. Med tanke på hälsa och trygghet är det i ett större perspektiv än ett enskilt hot om våld. Således kan t.ex. inte en psykotisk persons hot om våld, dock i fråga om barns störning i utveckling, komma ifråga med tanke på andra människors fara. Uppvägande med tanke på föregående kriterier är det alltid på vilket sätt den erbjudna vården kan utgöra ett bättre alternativ än nuvarande situation erbjuder. ([www.terveysportti/psykiatria/hoidon tarve 2011](http://www.terveysportti/psykiatria/hoidon%20tarve))

4.4 Andra mentalvårdstjänsters otillräcklighet

I observationsremissen bör alltid tas ställning till andra mentalvårdstjänsters tillräcklighet eller ibruktagande av vården signifikant. Detta bör alltid tas i beaktande med tanke på medicinska erfarenheter. Lagen förutsätter inte att alla alternativ inom mentalvården först skulle prövas innan beslut om vård mot patientens vilja beslutes. Trots detta bör alltid erfarenhetsmässigt omprövas till vilken nytta andra alternativ kunde vara, och speciellt ifall någon annan vårdtjänst förändrar behovet av vård. Observationsremissen är i kraft tre dygn. I beredning av lagen är grundtanken den att hälsovårdscentralen i första hand är specialisten med tanke på patientens situation. Dock har även andra läkare än de vid hälsovårdscentralen rätt att skriva observationsremiss. ([www.terveysportti/psykiatria/hoidon tarve ,2011](http://www.terveysportti/psykiatria/hoidon%20tarve))

4.5 Underårigs vård mot sin vilja

En psykotisk ungdom under 18 år kan tilldömas vård mot sin vilja på samma kriterier som vuxna. En underårig person kan dock dömas till vård mot sin vilja på grund av allvarlig mental störning ifall andra mentalvårdstjänster ses som otillräckliga. Då en underårig person tilldöms vård mot sin vilja med basis på allvarlig mental störning bör de tidigare beskrivna kriterierna tas i beaktande samt fyllas i på samma sätt som för en fullvuxen person. En underårig person kan förpassas till psykiatrisk sjukhusvård på följande villkor:

Han har en allvarlig mental störning eller sinnessjukdom. Han är i behov av vård p.g.a. allvarlig mentalstörning eller sinnessjukdom på så sätt att uteblivande av vård betydligt skulle förvärra hans sjukdom, allvarligt skulle riskera hans sjukdom eller trygghet eller allvarligt skulle riskera andra människors hälsa eller trygghet. Inga andra mentalvårdstjänster är tillräckliga Exempel på sådana allvarliga mentalstörningar där vård av under 18-åriga vårdas mot sin vilja kommer i fråga kan vara akuta eller långvariga störningar. En underårig person som förpassas till vård mot sin vilja skall alltid skötas på en barn- eller ungdoms avdelning om man inte mot förmodan ser att det kan skötas på annat sätt. När en underårig person förpassas till vård mot sin vilja behövs inte vårdnadshavarens medgivande, utan de medicinska kriterierna är här avgörande. Beslut om en underårig bör underställas förvaltningsdomstolen för bekräftelse. ([www.terveysportti.fi/psykiatria/alaikäisen hoito tahdosta riippumatta](http://www.terveysportti.fi/psykiatria/alaikäisen_hoito_tahdosta_riippumatta), 2011)

4.6 Processen för beslut om intagning till vård

Att beordra någon till vård består av fyra skeden: att skicka någon för bedömning för vård oberoende av sin vilja, att ta in någon för observationsvård på sjukhus, observationsutlåtande samt beslut angående fortsatt vård. Varje skede i denna process bedöms och utvärderas av läkare. Att påbörja avdelningsvård oberoende av patientens vilja föregås på detta sätt av fyra av varandra oberoende läkares bedömning om kriterier för fortsatt vård oberoende av patientens vilja föreligger. (tabell "Hoitoon määrämisen neljä vaihetta uudisteilla olevassa mielenterveyslaissa (2011)2). Beslutet om den fortsatta vården fattar ansvarig överläkare för den psykiatriska vården senast på den fjärde dagen efter att patienten tagits in för observation. En patient som kommit in frivilligt för vård kan tas i observation om man anser att kriterier för vård oberoende av patientens vilja föreligger. Om det under observationsperioden eller under perioden då patienten vårdas oberoende av sin vilja framkommer att kriterier för fortsatt vård ej finns har patienten möjlighet att omedelbart avsluta sin vårdperiod om han eller hon önskar. Social- och hälsovårdsministeriets observationsremiss M1, observationsutlåtande M2 samt beslut om vård oberoende av egen vilja M3 finns som bilaga i slutet av detta arbete. De bör ifyllas noggrant enligt lagen anvisningar i lagen speciellt med tanke på tidsintervallerna. Informella remisser, utlåtanden eller vårdbeslut går inte att använda. Blanketterna finns

vanligtvis i patientdatasystemet eller så kan de beställas separat.([www.terveysportti/psykiatria/hoidon tarve](http://www.terveysportti/psykiatria/hoidon%20tarve), 2011)

4.7 Patientens begränsning på en psykiatrisk vårdavdelning

Finlands grundlag garanterar den enskilda individens rättigheter i fråga om integritet och sekretess. Att begränsa en patient som vårdas oberoende av sin vilja är tillåtet enligt Mentalvårdslagens grunder som anges. I Mentalvårdslagen bestäms förutsättningar för patienten som vårdas mot sin vilja, faktorer som påverkar själva vården, isolering och remisolering, begränsning av rörelsefrihet, att tillvarata och granska patientens tillhörigheter, personkontroll och inspektion samt att förhindra patienten att upprätthålla kontakter utanför sjukhuset. Patientlagen förutsätter att med en patient som vårdas mot sin vilja strävar efter att i samförstånd och med vårdmetoder kunna komma överens om en gemensam vårdlinje som patienten kan godkänna. De psykiatriska sjukhusens begränsningsmetoder grundar sig på 1800-talets föreskrifter i vilka alla psykiskt sjuka var satta under förmyndarskap. Numera är inskränkande av självbestämmanderätten baserat på funktionsförmågan och inte på diagnos. Att använda tvång bör inom hälsovården basera sig på enskilda lösningar i förhållande till nedsättningen i funktionsförmågan. (Duodecim 2012)

4.8 Praktisk förberedelse

Respondentens arbete i samband med undersökningsprogrammet har varit digert. Under hösten 2012 i samråd med avdelningssköterska på den psykiatriska vårdavdelningen överenskoms om undersökningsprogrammets början. Detta eftersom respondenten önskade göra ett utvecklingsarbete till avdelningens fördel. Arbetet började med att fundera ut vad som är väsentligt när patienten kommer in på en psykiatrisk vårdavdelning och vad som bör tas fasta på. En arbetsgrupp bildades där akutavdelningarnas samt psykiatriatriens avdelningsskötare deltog. I arbetsgruppen deltog även överskötare samt respondenten. Inalles hölls fem träffar, varav den sista i februari 2013. När undersökningsprogrammet utformats har respondenten haft möjlighet att gå ut på avdelningarna och informera om det

nya undersökningsprogrammet. Även läkarkåren har vid ett separat tillfälle samlats och fått information om undersökningsprogrammet och vad det innebär för observationsvården. Överlag har samtliga varit positiva till det nya undersökningsprogrammet som beräknades starta från och med januari 2013.

I undersökningsprogrammet är vårdhandlingarna strukturerade och planerade att dokumenteras så att de ska vara lätta att nå t.ex. för läkare som skall utfärda vårdbeslut, B-intyg etc. Under informationsträffarna som respondenten deltagit i på de olika akutavdelningarna har under diskussioner framkommit att många av de vårdhandlingar som finns i undersökningsprogrammet redan görs men i och med det nya undersökningsprogrammet blir det mera strukturerat och täckande. I samband med informationen till läkarkåren framkom direkt att läkarna önskade utöka undersökningsprogrammet med ytterligare en mätare, MDQ-test (bilaga 6) som är screening för bipolaritet, vilket i ett senare skede tillsattes till programmet.

5 Tidigare forskning

I syfte att få en så bred kunskap om ämnet som möjligt har respondenten sökt tidigare forskning om god vård i psykiatrisk avdelningsvård. Respondenten har genom en forskningsöversikt redogjort för de tidigare undersökningarnas syften och resultat. Respondenten har funnit undersökningar i tidsskrifter som *Vård i Norden* årgång 2005, *International Journal of Mental Health Nursing* 2008 och 2009. Forskning har även sökts på databasen EBSCO. Som sökord har respondenten använt psychiatric nursing, intensive care, acute care, psychiatric hospitals, emergency, mental health nurses, attitudes.

Willman, Forsberg & Carlsson (2005) har gjort en studie i syfte att identifiera omvårdnadens metoder, en nödvändighet för implementering av evidensbaserad omvårdnad. I introduktionen lyfts Nightingales tankar fram om omvårdnadsmetoder som bäst medverkar till en persons hälsa och återhämtning. I studien framkommer att arbetet inom evidensbaserad medicin inleddes med att identifiera de metoder för diagnostik och behandling som har effekt på patienten. Artikeln syftar till att definiera begreppet vårdmetod samt att mot bakgrund av några exempel på metoder diskutera konsekvenser för forskning och klinisk verksamhet. För att kunna definiera begreppet togs utgångspunkter

från Alerts arbetsformer samt delar av kriterier för bedömning av olika metoder. I artikeln framkommer olika sätt att åtgärda, utvärdera och/eller mäta effekt av individuell vård.

I diskussionen framkommer huruvida ett värdegrundat förhållningssätt syftar till att vården ska bli mer individuell måste resultatmått bli viktiga utfallsvariabler för individen/patienten. Sådana resultatmått kan vara egenvårdsförmåga, medverkan, tillit eller integritet istället för mått som vårdkvalitet och vårdtid.

Salzmann-Krikson, Lutzen, Ivarsson & Erikssons (2008) artikel behandlar sköterskors vårdmetoder på psykiatrisk intensivvårdsavdelning i Sverige. Syftet med artikeln är att beskriva hurdana vårdmetoder som används på en s.k. PICU-enhet (psychiatric intensive care unit). Den karakteristiska kärnan och olika vårdaktiviteter baseras på en empirisk studie grundat på vårdgivarnas erfarenheter. En flytt till en PICU-enhet är oftast mycket traumatisk för patienten samt för hans eller hennes familj och personalen. Kvaliteten på vården kan bero på vårdarnas inställning och det kan vara därför intressant att beskriva vad som karakteriserar PICU. Artikeln beskriver vilka vårdåtgärder som används vid en PICU. Resultatet i artikeln redovisas i två delar: kärnan, vad som beskriver vården på PICU samt omvårdnaden, vilket beskriver omvårdnadsmetoder på PICU. Fyra kategorier är integrerade i vårdandets kärna på PICU; den dramatiska intagningen till avdelningen, protester och vägran till behandling, eskalerande uppförande och tillfälliga tvångsåtgärder.

Vården på PICU innehöll fyra viktiga hörnstenar i vårdarnas omvårdnadsmönster: kontroll – etablera begränsningar, skydda – avvärja, supporta – ge intensivt stöd till patienten samt strukturera nuvarande levnadsförhållanden.

O'Donovan & O'Mahony (2009) har i en studie klargjort för hur betydelsefulla gruppaktiviteter är för patienter på en psykiatrisk enhet. Idén med studien är att fördjupa tanken kring grupper för den akuta psykiatriska patienten och vad detta kan tillföra i vården. Det förstärker relationen mellan vårdare och patient. Exempel på grupper kunde vara rekreationsgrupp; där man kan motivera patienten samt hjälpa dem att öka sin koncentrationsförmåga. Exempel på annan gruppaktivitet var en Förbli frisk-grupp där deltagarna kunde diskutera sin nuvarande situation, undvika återfall och fundera över hur de kunde undvika ny intagning på psykiatrisk avdelning.

Samtliga deltagare i undersökningen uppgav att den terapeutiska gruppstödet var en viktig aspekt med tanke på deras vård och att det påverkade deras tillfrisknande. De beskrev ur många olika aspekter på hur det hade påverkat dem, t.ex. känslor som att få ett gott stöd, förståelse och detta minskade känslan av isolering.

Suliman, Welmann, Omer, Thomas (2009) forskning om vården i en mångkulturell miljö handlar om hur litet vi i Europa vet om t.ex. patienter i Saudi-Arabien där många sjukskötare kommer från andra kulturer än patienterna själva. Studiens syfte var att undersöka patienters i Saudi-Arabien uppfattning om den viktiga vårdens beteendemönster och hur ofta sådan utfördes av sjukskötare i en multikulturell miljö. Fynden kan möjliggöra att förmän inom sjukvården greppar en lämpligare balans mellan patienternas uppfattning om och förväntningar på sjuksköternas beteendemönster. Vårdens beteendemönster baserat på Jean Watsons teorier var uppskattat oberoende av att vårdgivarna hade en annan vårdkultur än patienterna.

Resultaten visar att de karitativa faktorerna i Jean Watsons teori också var fullt användbara på patienterna i Saudi-Arabien samt att ett professionellt bemötande som baserar sig på omsorg är en teori som möter patientens behov.

Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos (2009) studie om attityder, insikter samt erfarenheter hos sjukskötare på psykiatriska kliniker i Grekland ter sig. Studien är gjord kring en diagnos, Bipolär sjukdom, och jämför sjuksköterna på dels ett psykiatriskt sjukhus i Aten dels en psykiatrisk klinik på ett allmänt sjukhus, även det i Aten. Det visade sig att på det psykiatriska sjukhuset kom personalen i kontakt med bipolära diagnoser mindre frekvent än på psykiatriska kliniken. I frågor om instabilt humör och snabba skiftningar som sköterskorna visade sig känsliga för hörde flertalet till grupp A (psykiatriskt sjukhus). I grupp A ansåg sköterskorna att informationen till patienterna om deras sjukdom bidrog till inadekvat behandling, medan sköterskorna i grupp B (psykiatrisk klinik på allmänt sjukhus) inte rapporterade detta som ett skäl till hur patienter med bipolär sjukdom bemöttes.

Hypotesen om att sjukskötare på psykiatriska sjukhus hade mindre kunskaper om och erfarenhet av samt negativa attityder till bipolära patienter bekräftades inte emedan kontaktfrekvensen med bipolära patienter statistiskt sett var rätt låg. Vid erkännandet av svårigheterna med att sköta dessa patienter fanns även intresse och villighet att utbilda sig mera inom området.

Sammanfattning av forskning:

I de olika studierna framkommer olika vårdssituationer för den psykiatriska patienten i avdelningsvård. Vården på PICU innehåller olika kategorier som tycks ha stor betydelse för patienten: det har visat sig att intensivt stöd till patienten genom begränsningar samt att stöda patienten i hans aktuella situation är viktig. I en annan forskning framkommer hur viktigt gruppstödet är för den enskilda patienten: dels förstärker den relationen till den egna vårdaren dels bryter den isoleringen för patienten i avdelningsvård. Forskningen från Mellanöstern visar att vården internationellt sett är rätt lika ur karitativ synpunkt. Patienter önskar bli sedda och få god omsorg i utsatta situationer.

Inom psykiatrisk sjukvård är det vårdaren som är det främsta verktyget. En god kontakt till patienten samt kunskap om olika diagnoser och sjukdomstillstånd är av största vikt för att vården skall lyckas. Vården skall utgå från den enskilde patientens behov och planeras i samråd med patienten. Högre vårdkvalitet upplevs av en patient som bemötts med respekt och självaktning. Vårdaren skall kunna frånga sina rutiner och handla enligt sitt eget moraliska omdöme. Sjukskötarna på ett psykiatriskt sjukhus i Aten ansåg inte att information till patienterna angående deras situation inverkar på vården, den till och med kunde påverka vården till det sämre. De var dock villiga till förändring och ville gärna få vidare utbildning inom området.

6 Undersökningens genomförande

Studien som gjorts är kvalitativ och respondenten har här beskrivit vad en kvalitativ studie är. Tillika kommer respondenten att beskriva vilka informanter som ingår i studien, datainsamlingsmetoden och hur materialet kommer att analyseras. Slutligen redogörs för studiens praktiska genomförande.

Med kvalitativ metod avses att forskaren försöker sätta sig in i den undersöktes situation för att försöka se världen utifrån hans eller hennes perspektiv. Som samhällsforskare finns det faktorer man inte kan förstå om man inte kan sätta sig in i den undersöktes situation. En närhet mellan forskare och undersökta är en förutsättning för att denna skall lyckas. Syftet med detta tillvägagångssätt är att få fram en naturlig återgivning av strukturer, handlingsmönster och en social ordning. (Holme & Solvang, 1997, s. 92–95)

6.1 Val av informanter

Respondenten har valt informanter från en psykiatrisk vårdavdelning. Antalet informanter är fem, två sjukskötare och tre mentalvårdare. Informanterna har handplockats för att få en spridning i ålder och arbetserfarenhet på avdelningen. Informanterna garanteras anonymitet med allt som hör till intervjun.

6.2 Intervju

Styrkan i den kvalitativa intervjun ligger i att undersökningssituationen liknar en vardagssituation och en vanlig diskussion. Det innebär att detta är den intervjuform där forskaren utövar den minsta möjliga styrningen vad gäller intervjupersonerna. Strävan är att låta dem styra samtalets utveckling. Forskaren har endast gett de teoretiska ramarna, men måste samtidigt försäkra sig om att få svar på de frågor man vill lyfta fram. Kvalitativa intervjuer är en krävande form av informationsinsamling. Varje intervju kan ta upp till flera timmar. Forskaren har i förväg lika fullt en viss tanke om vilka faktorer som är viktiga. Dessa har han eller hon skrivit ner som en beskrivning för intervjun. (Holme & Solvang, 2010 s. 99–101)

En vanlig typ av semistrukturerad eller ostrukturerad intervju är den personliga intervjun som innebär ett möte mellan en forskare och en informant. En anledning till dess popularitet är att den är relativt lätt att arrangera. Det räcker med att två personer hittar en lämplig tidpunkt i sina kalendrar. En annan faktor som påverkar gynnsamt är att de uppfattningar och synpunkter som kommer till uttryck under intervjun härstammar från en källa; den intervjuade. (Denscombe, 2009, s.233–235)

Forskaren uppgift är att se till att intervjun blir så bra som möjligt. Som intervjuare gäller det att hålla sig neutral t.ex. med tanke på klädsel och sättet att kommunicera. Det är även viktigt att anpassa sig till situationen. Ett gott samspel mellan intervjuare och deltagare är väsentligt även om de har olika roller. Intervjuarens uppgift att ställa frågor som planerats i förväg och följa upp svaren. Lyssnandet blir här av största vikt och i detta vara flexibel och lyssna till nyanser i samtalet. (Henricson, 2012, s.169–171)

6.3 Innehållsanalys

Metoden som hjälper analyseraren att göra slutledningar, analysera både muntligt och skriftligt språk kallas innehållsanalys. Analyseraren väljer ett lämpligt kapitel, bryter ner det i mindre bitar och arbetar fram relevanta kategorier som kodas. Innehållsanalysens svaghet är att den har svårt att hantera underförstådda meningar och lämpar sig bäst vid enkla, direkta och påtagliga kommunikationsaspekter (Denscombe, 2009, s. 307–309)

Medvetenhet om trovärdighet och kvalitet är en påtaglig del i hela forskningsprocessen. Inom innehållsanalys har validitet och reliabilitet varit förekommande termer när det gäller trovärdighetsaspekten. Kvalitativ innehållsanalys är en mycket användbar metod och inom olika ämnesområden blir innehållsanalysen en metod och teknik som används allt oftare. (Henricson, 2012, s.339–341)

Då forskaren bestämmer vad studien skall fokusera på, vilken metod som ska användas fattas också beslut om vilken plats teori respektive empiri skall ha. Utifrån observationer av detta kan forskaren formulera teoretiska begrepp eller dra slutsatser som kan gälla även andra fenomen som ligger nära det som blivit studerat. För att kunna formulera ett syfte och en relevant forskningsfråga så måste forskaren ofta veta en hel del om ett studieobjekt. Vi har även med oss vetenskap som handlar om andra saker än det som berör objektet vi skall beröra. Detta brukar räknas som förförståelse (Henricson 2012 s.37–38)

6.4 Etiska överväganden

Forskningsetik försvarar människors grundläggande värde och rättigheter samt beskyddar olika livsformer. Forskningsetiken motiveras med att den bidrar till att skydda de personer som medverkar i studier. Detta bygger på respekt för andra människor. Självbestämmande innebär att de medverkande själva ska fatta beslut om ifall de vill delta och hur länge de vill vara med. Ett annat skäl till att ta forskningsetik på allvar är att bevara forskningens anseende och allmänhetens tilltro till forskning. Forskningsetik är ett av de etiska överväganden som görs inför och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete. De

förutsätter såväl förmågan att reflektera över vilka värden och värderingar som de egna funderingarna, orden och handlingarna ger uttryck för, som förmågan att tillämpa etiska principer i situationer som inte alltid kan förutses. (Henricson, 2012, s.70–71)

6.5 Undersökningens praktiska genomförande

Det praktiska genomförandet av studien inleddes under hösten 2012 då respondenten tillsammans med avdelningens egen avdelningsskötare utformade undersökningsprogrammet, förde det till arbetsgruppen och där diskuterade vidare teoretiska och praktiska frågor. Arbetet med undersökningsprogrammet har fortsatt ända till februari 2013 då arbetsgruppen hade sitt sista möte angående programmet. Från och med januari 2013 togs undersökningsprogrammet i bruk på samtliga akutavdelningar på psykiatriska enheten. Respondenten tog kontakt med informanterna och informerade dem om studien samt frågade om de kunde tänka sig att ställa upp på en intervju angående denna. Samtliga svarade ja direkt. De fick information om att deras integritet skyddas. Intervjuerna utfördes under senare delen av februari- mars 2013 då undersökningsprogrammet hade varit i kraft i ca.1½ månads tid. Efter att intervjuerna gjorts analyserades materialet. Resultatet redovisades och tolkades mot de teoretiska utgångspunkterna, den teoretiska bakgrunden och de tidigare forskningarna.

7 Resultatredovisning

I det här kapitlet redovisar respondenten resultatet av de fem intervjuer som gjorts med vårdpersonal på psykiatrisk akutavdelning. Utifrån innehållsanalysen har respondenten fått fram ett tema; god vård under observationsperioden. De kategorier som steg fram var tankar om det nya undersökningsprogrammet, vårdrelationen, upplevelse av god vård, bemötandet, respekt och bekräftelse samt dokumentation. För att göra materialet mera lättläst för läsaren har de olika kategorierna svärtats i texten och varje kategori är befast genom citat som hämtas ur intervjusvaren. Citaten kursiveras och de är direkt hämtade ur det transkriberade materialet.

7.1 God vård under observationsperioden

Två av vårdarna var sjukskötare, båda med yrkeshögskoleexamen, En vårdare var mentalvårdare, de övriga var närvårdare med inriktning på mental- och missbruksvård. En mentalvårdare (kvinnlige) hade arbetat närmare 30 år inom psykiatrin, medan de övriga hade kortare arbetserfarenhet. Båda sjukskötarna hade arbetat under fem år på avdelningen.

7.1.1 Tankar om det nya undersökningsprogrammet

På frågan om vad det nya undersökningsprogrammet har betytt för observationsvården för den enskilda patienten fanns många olika faktorer: Information om patienten och dennes livssituation samt strukturen i det nya tillvägagångssättet. De flesta vårdare ansåg att undersökningsprogrammet påverkade situationen så att alla patienter blev sedda och ingen lämnades utan vård. Det ansågs överlag positivt att få en grundlig anamnes på patienten och hans eller hennes livssituation samt betonade teamarbetet. Vissa vårdare hade tankar om hur mycket läkarna tillgodogjorde sig av undersökningsprogrammets uppgifter.

”Ger en bra grundläggande information om patientens livssituation ”

”Rättvis vård åt patienten”

”Lättare närma sig patienten”

”Lättare att komma igång... lättare att få fram viktig information”

”Till en början kritisk... läser läkaren våra texte ? ”

”Helhetsbilden OK...”

”Oirekartoitusdelen bra och täckande, mycket vetskap kring patientens situation”

”Bra att få en anamnes ...”

7.1.2 Vårdrelationen

I kategorin vårdrelationen framkom att vårdarna upplevde att de snabbare fick en god relation till patienten. De upplevde även att det sakliga bemötandet kändes äkta, t.ex. med olika mätare som fanns att tillgå i undersökningsprogrammet. Enligt vårdarna var de mera

benägna att lyssna till patienten och hans eller hennes historia då de på förhand visste vad de skulle fråga patienten om. Vårdarna upplevde även att det inte förekom så mycket prat kring ”väder och vind” utan att de snabbare kunde fokusera på meningsfulla frågor.

”Bra koncept, du säljer dig själv till patienten...!”

”Selvät asiat, inget nonsensprat!”

”Äkta sakligt bemötande t.ex. med Audit...!”

7.1.3 Upplevelse av god vård

I kategorin upplevelse av god vård poängterades betydelsen av hur vårdaren kan styra upp situationen så att patienten får en upplevelse av att bli sedd och uppleva god vård. Vårdarna upplevde att patienterna överlag var positiva till det nya undersökningsprogrammet när de hade blivit informerade om detta. Patienterna verkade uppleva det, att undersökningsprogrammet hade flera olika delar som en naturlig sak. Vårdarna ansåg vidare att det nya undersökningsprogrammet hade många fördelar i jämförelse med tidigare då man inte någon hade någon direkt struktur att följa. Vidare ansåg vårdarna att bara det att visa intresse för patienten kan ge en upplevelse av god vård. Missnöjda patienter var sådana som starkt upplevde att de vårdades mot sin vilja. Dessa hade svårast att klara av situationen.

”Vårdaren inger förtroende då han vet hur han skall styra samtalet ...”

”Stor skillnad på observationsvården jämfört med förut...”

”Alla punkter befogade - ger patienten trygghet i vården”

”Bottnar i god arbetsmoral”

7.1.4 Bemötandet

I kategorin bemötandet upplevde vårdarna att om samarbetet med patienten är gott upplever denne att han får ett gott bemötande. Pat. som upplever sig orättvist behandlade har svårare att hantera situationen. Patienter som hade ett gott samarbete med personalen upplevde att de blev bra bemötta. Vårdarna ansåg att de bör vara försiktig med delen som handlar om familjesituationen i början av vården då där kunde finnas familjeschismer som

en delorsak till patientens psykiska ohälsa. Vidare poängterades den gyllene regeln: bemöt andra som du själv vill bli bemött som en viktig del i bemötandet av patienten.

”Patienten tas på allvar ifall han motiverad”

t.ex. verksto-elämäntilanne delen bör tas upp med försiktighet, ifall det finns stora familjeproblem”

”handla utgående från dig själv och hur du önskar bli bemött”

”Vårdarens makt...?”

7.1.5 Respekt och bekräftelse

I kategorin respekt framkom att vårdarna ansåg att patienterna bekräftades i och med att de fick många samtal med vårdarna. Tid reserverades enkom för dessa samtal och ifall patienten kände att han inte orkade med samtal just då kunde man bestämma en ny tidpunkt för detta. Vidare kom det fram att de som var genuint intresserade av att ta emot vård fick den nu. Patienter som var omotiverade för vård upplevde inte undersökningsprogrammet som positivt.

I kategorin bekräftelse framkom att vårdarnas åsikt var att patienterna på vårdavdelningen bekräftades i och med undersökningsprogrammet. Även patienter som tidigare varit lågmälda och tillbakadragna blev ”sedda”. De mest högljudda och krävande patienterna har alltid blivit bekräftade men efter att undersökningsprogrammet tagits i bruk såg vårdarna även de patienter som höll en lägre profil. Vissa vårdare ansåg att det uppstod ett förtroende mellan vårdare och patient i samband med att undersökningsprogrammet gås igenom.

”visat intresse för patienten och hans situation upplevs som en bekräftelse”

”kan skilja sig från individ till individ”

”uppstår förtroende mellan vårdare och patient”

7.1.6 Dokumentation

Respondenten ville veta hur informanterna upplevde att dokumentationen hade förändrats. Samtliga ansåg att sättet att arbeta på var mera strukturerat och klarare. Vidare ansåg de att dokumentationen hade varit rätt god även förr men att vissa faktorer framträdde klarare.

I kategorin om dokumentationen var vårdarna eniga om att dokumentationen blivit mer överskådlig i och med det nya sättet att arbeta på. De flesta vårdare ansåg att det var en stor positiv förändring i dokumentationen jämfört med tidigare. En vårdare ansåg till och med att det var den största förändringen gällande observationsvården under hans tid inom psykiatrin. Vidare ansåg vårdarna att den somatiska delen av programmet var ett viktigt komplement till de övriga delarna i programmet. Den somatiska delen ansågs vara viktig med tanke på att man kunde följa upp patienternas somatiska mående i samband med insättning av ny medicinering, ny kost samt mera regelbundet leverne.

Ingen tvekan, programmet århundradets förändring med tanke på

observationsvården!

Stor skillnad med tanke på obs-vården förr...

Somatiska dokumentationen upplevs som viktig!

8 Tolkning

Respondenten har tolkat resultaten mot de olika teoretiska utgångspunkterna. De teoretiska utgångspunkterna baseras på Wiklunds (2008) tankar om den vårdande relationen och Sarvimäki & Stenbock-Hults (1991) resonemang kring humanistiska värden i vården. Även de forskningar som finns med i bakgrundsavsnittet tolkas mot resultatet. Tolkningen utgår från de kategorier som uppkommit i intervjun. Kategorierna svärtas för att underlätta läsningen.

Resultatet av studien visade att tankarna kring undersökningsprogrammet var positiva. Vårdarna ansåg att patienterna blev sedda och att en kontakt uppstod relativt snabbt. Om patienten – helst redan i ankomstsituationen känner sig välkommen av vårdaren, kan grunden läggas till en fungerande vårdrelation. Patienten kan då ta till sig vårdaren som ”sin” och hysa tilltro till att denne kommer att ta ansvar för att vården så länge han eller hon inte själv förmår sig till detta. En vårdrelation som fungerar är en förutsättning för att vårdprocessen framskrider. Utan relation förminskas själva vårdandet till att bli utförande av olika arbetsmoment. Vårdrelationen är det utrymme där vårdandet äger rum – det är inom ramen för den som ansande, lekande och lärande i relation till uppställda målsättningen uppfylls. (Wiklund s. 155–158)

I informationen om vårdarna ansåg att de fick en god kontakt till patienten framkom att de snabbare fick en relation till patienten än tidigare. Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult brukar vårdförhållandet beskrivas som en subjekt-subjektrelation i motsats till en subjekt-objektrelation. Detta innebär att bägge, d.v.s. vårdaren och patienten, ses som handlande varelser med egen vilja, egna mål och avsikter samt egna resurser. Att patienten betraktas som subjekt innebär att man i vården beaktar patientens egna önskemål, ger honom valfrihet och rätt att ta ansvar för sig själv. Det finns naturligtvis gränser för hur mycket vårdaren kan utgå från patientens frihet och önskemål främst med tanke på yttre gränser. Personalen bör ta hänsyn till medpatienter och andra berörda så att ingens säkerhet hotas eller så att ingen störs oskäligt. Det finns även inre gränser. Det finns patienter som inte har resurser att helt och hållet ta ansvar för sig själva, som inte helt inser konsekvenserna av sina val eller som har orealistiska önskemål. Detta kan gälla patienter med någon svår psykisk sjukdom. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, s. 98–99)

Informanternas svar på vad de ansåg höra till vårdrelationen framom att en god kontakt till patienten relativt snabbt kunde etableras. Enligt vårdarna var det uppgiften att handla enligt undersökningsprogrammet som påverkade att de snabbt kunde tolka patientens nuvarande situation samt ge patienten goda möjligheter att komma till tals. Wiklund (s.156–157) anser att den vårdande relationen präglas av den relation som vårdaren och patienter har till varandra, av graden av ömsesidig förtröstan och aktning i denna, och av hur vårdaren bemöter patienten och ger denne sin uppmärksamhet. Då vårdaren har en karitativ inställning, tar ett yttre ansvar för vårdsituationen som helhet samt ett inre ansvar för patientens olika möjligheter upplever patienten en förtröstan. Enligt Sarvimäki &

Stenbock-Hult (s.121) utförs alltid vårdhandlingarna i speciella situationer och innefattar unika personer. Två patienter med till exempel samma sjukdom eller samma typ av hälsoproblem är ändå som personer med olika värderingar, känslor och förväntningar och med olika resurser

I kategorin upplevelse av god vård upplevde informanterna att när de kunde styra upp samtal och situation gav det patienten en känsla av ansvarfull vård. Sarvimäki & Stenbock-Hult anser att de olika vårdprinciperna kan delas in i patientrelaterade och vårdarrelaterade principer. Med patientrelaterade principer menas här främst sådana som gagnar patienten. De vårdrelaterade principerna syftar främst på vårdarens fungerande och är indirekt relaterade till patienten. Centrala patientrelaterade principer är principen om helhetsvård, principen om individualitet, principen om aktivitet, principen om hälsa i centrum, princip om trygghet och kontinuitet. Man kan inte dra någon skarp gräns mellan dem, eftersom de bygger på samma utgångspunkter och sålunda går in i varandra. Sarvimäki & Stenbock-Hult (1991 s. 126–127).

Enligt Wiklund är vårdaren och patienten delaktiga i vårdrelationens utformning och den kan då både ge kraft och lindra lidande. Man bör dock komma ihåg att den som har den största makten, vårdaren, också är den som har störst ansvar. Det är på vårdarens ansvar att se till att relationen utvecklas på ett sätt så att den kan bli en kraftkälla för patienten och inte ett hot. Wiklund (s.158). I Suliman, Welman, Omer & Thomas forskning (2009) kommer de karitativa faktorerna som även patienter i Mellanöstern ansågs svara bra på. Ett professionellt bemötande baserat på omsorg möter patientens behov.

I kategorin bemötande ansåg informanterna att om de kunde samarbeta bra med patienterna upplevde de att bemötandet var gott. Jämför med Sarvimäki & Stenbock-Hults tankar kring hur vårdaren möter patienten som en äkta person. Vårdaren är närvarande för patienten, äkta och engagerar sig känslomässigt i patienten. Hon eller han förmedlar omsorg och ger uttryck för engagemang, samt har omtanke om patienten. I Jag-Du mötet använder vårdaren sin inlevelse, empati och fantasi för att förstå patienten. Samtidigt skall patienten tillåtas vara äkta och unik. Tanken är att patienten fritt skall få uttrycka sina känslor och tankar. Vårdaren bör förstå och acceptera patienten trots att han skulle ha helt andra åsikter

än vårdaren. I Salzman-Krikzens forskning framkommer att patienten begränsas men får stöd, att få struktur på sin tillvaro är ett sorts bemötande som patienten behöver just då.

I kategorin respekt poängterade informanterna att flertalet diskussioner fördes med patienterna många gånger på patienternas egna villkor vad gäller tid och rum. Detta för att patientens medverkan i samtalen var viktiga. Sarvimäki & Stenbock-Hult (s.100-102) anser att ett kännetecken på omsorg är respekt, hänsyn och acceptans. Att visa respekt för patienten betyder att det erkänns honom hans eller hennes rätt till egna känslor och åsikter, en egen vilja och ett eget sätt att uppleva en situation. . Respekt och hänsyn förutsätter accepterande. För att kunna respektera patienten och ta hänsyn till honom och hans situation måste han bli accepteras som han är. Han bör bli hjälpt utifrån sitt utgångsläge utan att fördömas. Willman, Forsberg & Carlssons (2005) forskning påvisar att resultatmått bör bli viktiga utfallsvariabler för patienten. Resultatmått kan vara egenvårdarförmåga, medverkan, tillit eller integritet istället för mått som vårdkvalitet och vårdtid.

I kategorin bekräftelse ansåg informanterna att även de patienter som tog minst rum kunde komma till tals. Tidigare har de som varit mest högljudda kommit i blickfånget. Wiklund (2008 s.160) nämner hur viktigt det är att bemöta patienten på ett sätt som inte kränker personens värdighet. Det som först och främst bör prägla relationen är att den äger rum mellan två människor som relaterar till varandra på ett mellanmänniskt plan, inte att den i kraft av sin yrkesfunktion och sitt kunnande har en potentiell makt över den andre. I studien om bipolär sjukdom (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos, Vaslamatzis 2009) framkommer att sjukskötarna på ett psykiatriskt sjukhus anser att om patienterna får för mycket information om sin diagnos kan det inverka negativt på vården. Kan då patienterna bekräftas om de inte kan diskutera kring sjukdomssituationen och tillstå den?

I kategorin dokumentation ansåg informanterna överlag att den hade förbättrats mycket. Särskilt nöjda var de med den somatiska delen av undersökningsprogrammet. Jämför med Wiklunds (2008,188–190) tankar om att vårdprocessen kan användas som struktur för omvårdnadsdokumentationen. Således kommer vårdaren genom sina iakttagelser under hela vårdförloppet att samla och analysera data. Dessa data leder till att vården utvärderas och nya val av vårdhandlingar och vårdaktiviteter kan göras. Datainsamling skall ingå i en del av vårdplanen. Dess syfte är att samla tillräckliga och adekvata data kring patientens

situation. Vårdarens iakttagelser från flere sinnen och handlar om vad han/hon hör, ser, känner samt vilket inte får förbises vårdarens intuition.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel granskas studien kritiskt för att få reda hur tillförlitlig den är. Den kritiska granskningen av examensarbetet utgår från kriterierna perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde samt empirisk förankring.

Larsson (1994, 165–166) anser att en dominerande tanke i nutid är att sanningen är relativ och att det alltid gömmer sig en perspektivmedvetenhet bakom varje beskrivning av verkligheten. I denna breda tanketradition som kallas hermeneutik har numera denna tanke ett teoretiskt stöd. Enligt hermeneutiken faller förförståelse alltid tillbaka på att den delen måste återges i en helhet för att ge innebörd överhuvudtaget. En tolkning av allt meningsfullt tänkande existerar alltid. Redan vid första anblicken av det som skall tolkas finns en tanke om vad det betyder, det finns en förförståelse. Det är denna förförståelse som ständigt förändras i tolkningsprocessen. Genom att uttalat betona förförståelsen görs utgångspunkten för tolkningen tydlig. Praktiskt kan det handla om att avgränsa sig till det som är relevant, t.ex. de olika hypoteser eller tolkningar som tidigare formulerats. Respondentens förförståelse av studien baserar sig på teoretiska utgångspunkter, teoretisk bakgrund samt de forskningar som valts. Även av respondentens praktiska arbete inom psykiatriskt vårdarbete samt tankar om den goda vården utgörs av förförståelse. Respondentens egna tankar om den goda vården under observationstiden sammanfattas i de teoretiska utgångspunkterna. Respondenten har även redogjort för den teoretiska bakgrunden som även den ingår i förförståelsen. Respondentens val av tidigare forskning baserar sig på egen förförståelse av god vård under observationsperioden.

Larsson (1994, 168–170) anser att intern logik innebär harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod. Det bör finnas en röd tråd som de olika delarna kan relateras till. Frågorna skall styra valet av insamlingsmetod och dataanalysmetod. Dessa frågor hade betydelse i uppkomsten av de olika kategorierna. Respondenten erhöll svar på alla sina forskningsfrågor och anser att intervju var en lämplig metod för att få en djupare insikt i vad informanterna ansåg om undersökningsprogrammet. Det gavs i och

med detta tillfälle åt informanterna att säga sin åsikt angående undersökningsprogrammet samt dela med sig av sina egna erfarenheter.

Respondenten valde innehållsanalys som dataanalysmetod för att kunna utgå från och analysera varje svar som erhöles från informanterna. Relevanta kategorier har utarbetats och kodats efter att svaren brutits ner i mindre delar. Citat användes som stöd under kategorierna för att de uttryck som informanterna använt bättre kommer fram för läsaren. En intervju kräver rätt mycket förarbete och är tidsmässigt rätt dryg vilket kan visa sig vara en nackdel. Respondenten har valt att välja informanter från sin egen arbetsplats.

Larssons (1994, 171–172) tankar om en vetenskaplig studie är att den uppvisar god etik. Enligt humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets föreskrifter skall i forskning få ny kunskap att vägas mot kravet på skydd av informanterna som deltagit i studien. Informanterna har garanterats integritet redan i samband med att de kontaktades för intervjun. De fick då även information om att deltagandet är frivilligt. Forskaren skall hålla en god etik genom hela forskningen och inte förvränga svar eller försöka dölja någonting. Dock har ett flertal av intervjuerna gått på finska och respondenten har översatt dem efter bästa förmåga utan att de har förlorat sin betydelse och mening. Enligt respondenten har studien ett gott etiskt värde. Respondenten har utfört forskningen i samråd med arbetsgruppen som även utarbetat undersökningsprogrammet.

Enligt Larsson (1994, 180–183) innebär empirisk förankring överensstämmelse mellan verklighet och tolkning. En empirisk värld förutsätter existensen av en empirisk vetenskap. Flere källor bör beskriva studien som belägg. Tolkningen bör ha en förankring i verkligheten. Det händer ofta att det är frågan om samma syn där samma verklighet eller text kan tänkas tolkas på fler än ett sätt. Respondentens tanke är att studien har en empirisk förankring eftersom många trovärdiga källor använts. Resultaten anses tillförlitliga eftersom tidigare forskning rör sig kring de utgångspunkter som respondenten valt för studien.

10 Diskussion

Syftet med examensarbetet var att undersöka hur god vård under observationsperioden ser ut på en akut psykiatrisk vårdavdelning. I och med det nya undersökningsprogrammet som respondenten utarbetat tillsammans med en arbetsgrupp på psykiatriska enheten har respondenten undersökt hur undersökningsprogrammets tagits emot på avdelningen samt hurdan start det fått.

De teoretiska vårdteorierna har grundat sig på Wiklunds (2008) och Sarvimäki & Stenbock-Hults (1991) tankar kring vårdrelationen. Den teoretiska bakgrunden har utgjorts av ett sammandrag av kriterier för vård mot sin vilja och de handlingar som följer på efter att en M1 remiss skrivits för patientens del.

Respondenten hade lätt att få informanter som ställde upp för intervju för ändamålet. Respondenten hade gjort en intervjumodell enligt vilken informanterna intervjuades. Informanterna berättade ledigt och klart vilka åsikter de hade om det nya undersökningsprogrammet och vad det betydde för dem i det dagliga arbetet samt i patientkontakten. Respondenten anser att undersökningsprogrammet kan utvecklas vidare. I samband med att respondenten informerade läkarkåren på psykiatriska enheten framkom att de önskade att en sammanfattning av de uppgifter och information som samlades in under vårdperioden skulle finnas med i löpande journalen och snabbt fås fram t.ex. i samband med dejourbesök eller förfrågningar kring patienten telefonledes. Dessa sammanfattningar kunde även vara värdefulla för de läkare som kommer utifrån och jourar på psykiatriska enheten. I detta nu är det inte tekniskt möjligt att utveckla programmet så långt. Undersökningsprogrammet är planerat att vara ett underlag för arbetet med kvalitetsgranskning på psykiatriska enheten. I praktiken innebär detta att den person som är utsedd att kontrollera kvaliteten på patientvården gör stickprov på dokumentationen. Detta innebär att ca två kontroller per månad görs på avdelningarna på psykiatriska enheten.

Respondenten är glad över att undersökningsprogrammet tagits emot positivt på akutavdelningarna på psykiatriska enheten. Att kunna ge god vård och omsorg omfattar individuell uppmärksamhet och omtänksamhet om den enskilda människan. Värdefullt är en gemensam attityd att utgå från som här omformas till konkreta handlingar.

Litteratur:

Cullberg, J. (1994) *Dynamisk psykiatri*, Värnamo:Natur och Kultur

Denscombe, M. (2009) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB

Giannouli H, Perogamvros L, Berk, A, Svigos A & Vaslamatzis Gr, (2009) Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder of comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 481-487

Johansson, M. & Berg, L. (2011). *Opastava yhteistyö perheiden kanssa*, Helsingfors: Profami Oy,

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod, Från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Holme, I. & Solvang,B. (1997). *Forskningsmetodik; om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund:Studentlitteratur AB

Lindström U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Norstedts förlag,

Maharaj R. Gillies D, Andrew S. & O'Brien L. (2011). Characteristics of patients referred by police to a psychiatric hospital, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011,18,205-212.

Nyberg, R. & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlinga.*, Lund: Studentlitteratur AB

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A.,& Tuppurainen, H. (2012). Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa, *Duodecim* 128, 2336-2343

O'Donovan, A.& O'Mahony,J. (2009). Service users experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 523-530.

Rosing, H. (1978). *Vetenskapens logiska grunder*. Helsingfors: Schildts förlag.

Salzmann-Krikson, M., Lutzen, K., Ivarsson, A-B., & Eriksson, H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health*, 17, 98-107

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult B. (1991). *Vård, ett uttryck för omsorg*. Almqvist & Wiksell Förlag AB

Suliman Wafika A, Wellman, E., Omer, T. & Thomas, L. (2009). Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment, *Journal of Nursing Research* vol.17. no 4, 293-299.

Wiklund, L. (2008) *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, Stockholm,:Natur och Kultur

Willman, A., Forsberg, A.,& Carlsson, S. (2005) Identifiera omvårdnadens metoder – en nödvändighet för implementering av evidensbaserad omvårdnad, *Vård i Norden* 78, vol.25, 4pp. 51-55.

Von Wright G. H. (1978) *Humanismen som livshållning och andra essayer*, Helsingfors:Söderströms förlag,

Internetkällor:

[www.terveysportti.psykiatria/tahdosta riippumaton hoito](http://www.terveysportti.psykiatria/tahdosta_riippumaton_hoito), 2011 (hämtat 15.2.2013)

[www.terveysportti/psykiatria/hoidon tarve](http://www.terveysportti/psykiatria/hoidon_tarve), 2011 (hämtats 15.2.2013)

[www.terveysportti/psykiatria/alaikäisen hoito tahdosta riippumatta](http://www.terveysportti/psykiatria/alaikaisen_hoito_tahdosta_riippumatta), 2011 (hämtat 15.2.2013)

www.thl.fi/web/mielenterveys, (2008)

www.finlex.fi

Mentalvårdslagen 1990/1116

Blankett M2

OBSERVATIONSUTLÅTANDE

om person som föreslås bli intagen för psykiatrisk
vård på sjukhus oberoende av sin vilja

| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 1 Person- uppgifter | Tillnamn (även tidigare) | | Förmamn | |
| | Personbeteckning | Civilstånd | <input type="checkbox"/> ogift | <input type="checkbox"/> gift |
| | | <input type="checkbox"/> änka/änkling | <input type="checkbox"/> fränskild | |
| | Yrke | Hemort | | |
| | Adress | | | |
| 2 Observations- utlåtande | Intagits för observation på sjukhus | | / | 20 |
| | Föregående beslut fattats | | / | |
| Iakttagelser under observationstiden | | | | |
| 3 Motivering till intagning för psykiatrisk vård på sjukhus oberoende av personens vilja | Mentalsjukdom/allvarlig mental störning hos person under 18 år | | | |
| | Vårdbehov | | | |
| Andra mentalvårdstjänster otillräckliga/inte lämpliga | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 4 Hörande av patienten | Asikt som den som intagits för observation (i fråga om minderåriga även föräldrar, vårdnadshavare och eventuella andra, 11 § 1 mom. mentalvårdslagen) framfört om intagning för vård | | | | | | | | | |
| 5 Tilläggsuppgifter | (T.ex. om den som intagits för observation samtycker till sjukhusvård efter att ha blivit hörd) | | | | | | | | | |
| 6 Slut-satser | <p>På basis av ovan redogjorda iakttagelser anser jag att det föreligger sådana förutsättningar som avses i 8 § mentalvårdslagen för att den undersökta intas för psykiatrisk vård på sjukhus oberoende av sin vilja, eftersom personen är</p> <p>1) <input type="checkbox"/> mentalsjuk och har på grund av sin mentalsjukdom ett sådant vårdbehov (8 § 1 mom.) att <input type="checkbox"/> under 18 år och har på grund av allvarig mental störning ett sådant vårdbehov (8 § 2 mom.) att</p> <p>2) om personen inte får vård skulle detta</p> <table border="0"> <tr> <td>väsentligt förvärra personens</td> <td><input type="checkbox"/> mental-sjukdom</td> <td><input type="checkbox"/> sjukdom (endast 8 § 2 mom.)</td> </tr> <tr> <td>allvarligt äventyra personens</td> <td><input type="checkbox"/> hälsa</td> <td><input type="checkbox"/> säkerhet</td> </tr> <tr> <td>allvarligt äventyra andras</td> <td><input type="checkbox"/> hälsa</td> <td><input type="checkbox"/> säkerhet</td> </tr> </table> <p>3) och andra mentalvårdstjänster är</p> <p><input type="checkbox"/> inte lämpliga att användas</p> <p><input type="checkbox"/> otillräckliga (endast 8 § 1 mom.)</p> <p><input type="checkbox"/> På basis av ovan redogjorda iakttagelser anser jag att det inte föreligger förutsättningar för att inta den undersökta för psykiatrisk vård på sjukhus oberoende av sin vilja</p> | väsentligt förvärra personens | <input type="checkbox"/> mental-sjukdom | <input type="checkbox"/> sjukdom (endast 8 § 2 mom.) | allvarligt äventyra personens | <input type="checkbox"/> hälsa | <input type="checkbox"/> säkerhet | allvarligt äventyra andras | <input type="checkbox"/> hälsa | <input type="checkbox"/> säkerhet |
| väsentligt förvärra personens | <input type="checkbox"/> mental-sjukdom | <input type="checkbox"/> sjukdom (endast 8 § 2 mom.) | | | | | | | | |
| allvarligt äventyra personens | <input type="checkbox"/> hälsa | <input type="checkbox"/> säkerhet | | | | | | | | |
| allvarligt äventyra andras | <input type="checkbox"/> hälsa | <input type="checkbox"/> säkerhet | | | | | | | | |
| Datum och underskrift | <table border="0"> <tr> <td>Det ovan anförda intygar jag på heder och samvete</td> <td>Läkarens underskrift</td> </tr> <tr> <td>Sjukhus, datum</td> <td>Namnet förtydligat, tjänsteställning</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">/ 20</p> | Det ovan anförda intygar jag på heder och samvete | Läkarens underskrift | Sjukhus, datum | Namnet förtydligat, tjänsteställning | | | | | |
| Det ovan anförda intygar jag på heder och samvete | Läkarens underskrift | | | | | | | | | |
| Sjukhus, datum | Namnet förtydligat, tjänsteställning | | | | | | | | | |

Blankett M3

BESLUT OM INTAGNING FÖR VÅRD

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| 1 Person-uppgifter | Tillnamn (även tidigare) | | Förnamn | |
| | Yrke | | Personbeteckning | |
| | Hemort | | | |
| 2 Observationstid | Observationsremiss, datum | | Läkarens namn | |
| | Observationsutlåtande, datum | | Läkarens namn | |
| 3 Beslut om intagning för vård | <p>Jag beslutar att den undersökta på basis av 8 och</p> <p> <input type="checkbox"/> 11 § <input type="checkbox"/> 12 § <input type="checkbox"/> 13 § <input type="checkbox"/> 17 § 2 mom (beslut om vård)(fortsatt vård) (vårdbeslut gällande patient som intagits av egen vilja) (efter sinnesundersökning) </p> <p>mentalvårdslagen intas för psykiatrisk vård på sjukhus oberoende av sin vilja</p> | | | |
| 4 Motivering | <p>Villkoren i 8 § mentalvårdslagen uppfylls, eftersom den undersökta på basis av vad som framförts i observationsremissen, observationsutlåtandet samt i sjukjournalen 1) är</p> <p>1) <input type="checkbox"/> mentalsjuk och har på grund av sin mental- <input type="checkbox"/> under 18 år och har på grund av allvarlig mental sjukdom ett sådant vårdbehov att (8 § 1 mom.) <input type="checkbox"/> störning ett sådant vårdbehov att (8 § 2 mom.)</p> <p>2) om personen inte får vård skulle detta</p> <p> väsentligt förvärra personens <input type="checkbox"/> mental- <input type="checkbox"/> sjukdom <input type="checkbox"/> sjukdom (endast 8 § 2 mom.) allvarligt äventyra personens <input type="checkbox"/> hälsa <input type="checkbox"/> säkerhet allvarligt äventyra andras <input type="checkbox"/> hälsa <input type="checkbox"/> säkerhet </p> <p>3) och andra mentalvårdstjänster är</p> <p> <input type="checkbox"/> inte lämpliga att användas <input type="checkbox"/> otillräckliga (endast 8 § 1 mom.) </p> <p>Tilläggsmotivering (t.ex. om beslutet avviker från förslaget i observationsutlåtandet)</p> | | | |
| 5 Negativt beslut | <input type="checkbox"/> Jag anser att det inte föreligger sådana förutsättningar som avses i 8 § mentalvårdslagen för att inta den undersökta personen för psykiatrisk vård på sjukhus oberoende av sin vilja | | | |
| Datum och underskrift | Det ovan anförda intygar jag på heder och samvete | | Läkarens underskrift | |
| | Sjukhus, datum | | Namnet förtydligt och tjänsteställning | |

1) Beslut om fortsatt vård på basis av observationsutlåtande och sjukjournal

| | | | | |
|---|---|---------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 6 Delgivning | Detta beslut delges nedan nämnda (8 § mentalvårdsförordningen) | | | |
| | Namn | Datum | Underskrift/delgivningssätt | antecknades av |
| | Den undersökta | | | |
| | Förmyndare/god man | | | |
| | Följande punkter gäller endast under 18 år | | | |
| | Föräldrar | | | |
| | | | | |
| | Vårdnadshavare | | | |
| | | | | |
| | Övriga (24 § 4 mom.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Beslutet delgavs ovan nämnda dag, men den som varit intagen för observation vägrade underteckna delgivandet. Intygar: Namnen förtydligade: | | | | |
| 7 Besvärs anvisning | Besvärsmyndighet, adress Ändring i detta beslut får sökas genom skriftliga besvär hos ovan nämnda länsrätt. Besvärstiden är fjorton (14) dagar från dagen för delgivningen, nämnda dag oräknad. I besvärsskrivelsen skall anges det beslut, i vilket ändring söks, till vilka delar ändring söks i beslutet, vilka ändringar som yrkas samt de grunder på vilka ändring yrkas. I besvärsskrivelsen skall ändringssökandens namn och hemkommun uppges. Om ändringssökandens talan förs av hans lagliga företrädare eller ombud eller om någon annan uppgjort besvären, skall i besvärsskrivelsen även uppges namn och hemkommun för denna person. I besvärsskrivelsen skall vidare uppges den postadress och det telefonnummer, under vilka meddelanden i saken kan tillställas ändringssökanden. Ändringssökanden, den lagliga företrädaren eller ombudet skall underteckna besvärsskrivelsen. Ombudet skall förete fullmakt enligt bestämmelserna i 21 § förvaltningsprocesslagen. Till besvärsskrivelsen skall bifogas detta beslut i original eller som kopia samt intyg över vilken dag beslutet delgivits, om detta inte framgår av detta beslut, eller annan utredning över när besvärstiden börjat samt de handlingar, som ändringssökanden hänvisar till som stöd för sina yrkanden, om dessa inte redan tidigare har tillställts myndigheten. Besvärshandlingarna skall tillställas besvärsmyndigheten senast den sista dagen av besvärstiden före utgången av ämbetsverkets öppethållningstid. Om den sista dagen av besvärstiden infaller på en lördag, söndag, helgdag, självständighetsdagen, första maj eller jul- eller midsommaraftonen får besvärshandlingarna lämnas in till besvärsmyndigheten den första vardagen därefter. Besvärshandlingarna får på eget ansvar insändas per post eller genom bud. Besvärshandlingarna skall postas i så god tid att de hinner fram innan besvärstiden löper ut. En besvärsskrivelse riktad till länsrätten får inom besvärstiden även lämnas in på sjukhuset till den överläkare som ansvarar för den psykiatriska vården eller till någon annan som utsetts till uppgiften. Överläkaren sänder besvärsskrivelsen till länsrätten samt bifogar sitt eget utlåtande till skrivelsen. På sjukhuset kan besvär lämnas till: | | | |
| 8 Mottagande av besvärs-skrivelse | Besvärens mottagare, namn och tjänsteställning | | Besvären inlämnades, datum, klockslag | |
| Ett intyg skall ges över att besvärsskrivelsen har tagits emot och på besvärsskrivelsen skall antecknas vem som har lämnat in den och när det har skett. Ansvarig läkare skall utan dröjsmål sända besvären, de handlingar som ligger till grund för det överklagade beslutet samt sitt utlåtande med anledning av besvären vidare till besvärsmyndigheten. | | | | |
| 9 Under-ställande av beslut | a) <input type="checkbox"/> Beslutet om intagning för vård underställs inte b) <input type="checkbox"/> Beslutet om intagning för vård/fortsatt vård underställs <u>Vasa förvaltningsdomstol</u> på basis av <input type="checkbox"/> 11 § 3 mom. <input type="checkbox"/> 12 § 1 mom. <input type="checkbox"/> 13 § 3 mom. <input type="checkbox"/> 17 § 2 mom. mentalvårdslagen c) <input type="checkbox"/> Beslutet om att avsluta vården i fall som avses i 17 § 2 mom. mentalvårdslagen underställs rättsskyddscentralen för hälsövården. | | | |
| 10 Beslutets giltighetstid upphör 1) | Behovet av vård oberoende av patientens vilja har upphört | | | |
| | Ort, datum | Läkarens underskrift | | |
| | Det ovan sagda har delgivits mig Ort, datum | Vederbörandes underskrift | | |

1) Ifylls inte om behovet av vård oberoende av patientens vilja upphör i och med att patienten skrivs ut från sjukhuset.

FÖRVERKLIGAN AV UNDERSÖKNINGSPROGRAM

Nya patienter som kommer in för vård behöver förutom psykiatrisk förstahjälp snabb, täckande och effektiv utredning gällande patientens bedömning och behov av vård. Dessa riktlinjer ger en bild av vårdarens uppgifter för att reda ut patientens situation under vårdens första dagar. Med nya patienter avses här sådana patienter som ej tidigare undersökts enligt dessa riktlinjer. Gällande andra patienter uppdateras uppgifter inom 3-4 dagar.

Syftet med utredningen är att få information och insikt i patientens situation med tanke på uppgörande av vårdplan samt att i ett senare skede möjliggöra utvärdering av vårdresultat.

Undersökningsprogrammet innehåller en utredning angående patientens:

- Somatiska situation
- Nätverk och livssituation
- Patientens livshistoria
- Funktionsförmåga och livskvalitet
- Kartläggning av symptom
- Psykiatrisk akutsituation – RAI

Vid utvärderingarna deltar vårdande läkare, egenvårdare/egenvårdargruppens vårdare, psykolog, socialarbetare och patienten. I samband med grupputvärderingarna används de på basis insamlade uppgifter så täckande som möjligt. Egenvårdare beskriver så sammanfattat som möjligt de delar som samlats in. Utvärderingen sker för nya patienters del samt för svårundersökta patienter i regel den fjärde vård dagen. Tidigare vårdade och mera lättundersökta patienter utvärderas på den tredje dagen.

- **På basis av insamlad fakta samt bedömning av patientens situation görs en mångprofessionell vårdplan, även patientens egen vilja tas i beaktande.**

Vårdplanen görs i → Jaksosuunnitelma

Patientens egenvårdare planerar undersökningsprogrammets tidtabell och noterar utvärderingsdag. I samband med att undersökningsprogrammet planeras kan även andra vårdare fungera som insamlare av information men observera att en och samma vårdare gör en hel del av undersökningsprogrammet.

Vid utnämning av egenvårdare tas i beaktande att han under följande dagar aktivt deltar i vården av patienten. Vårdare antecknar i början av vården utvärderingsdag i patientjournalen ESKO vårdplaneringsblanketten

→ muut sopimukset

Vid planering av undersökningsprogrammet får man hjälp av

Vårdplaneringsblankett (i pappersversion)

uppdat. 26.2.2013 (nl, ak)

3

I samband med uppgörande av vårdplan kan man eventuellt planera in mera täckande familjeintervention i ett senare skede. Kontakt till anhöriga tas så snabbt som möjligt – med patientens tillåtelse.

→ Taustatiedot – asuminen ja perhetilanne

→ Sairaalan tulotilanne – omaisen kuvaus tulotilanteesta

Vårdaren granskar även om sjukjournalens personuppgiftsblankett är uppdaterad och vid behov justeras denna.

Om det i familjen finns underåriga barn bör i patientens vårdprogram ingå

→ Föra barnen på tal – samtal

Ifall det hos föräldrar eller personal finns oro för barnen i samband med Föra barnen på tal-samtal erbjuds familjen en familjeintervention (Barn och föräldrar i samspel, TLP). Vid behov kan interventionen genomföras som efterpolikliniska besök.

3. Livshistoria

Livshistorien fås fram via intervju samt vid behov med hjälp av livskurva. Meningen är att reda ut hurdant liv patienten i huvudsak levt och vilka faktorer som är betydelsefulla för denne. I början av vården försöker man strukturera livshistorien kortfattat under 1-2 samtal. Kartläggning av livshistorien är egenvårdarens uppgift.

Ifall patienten har behov av att gå igenom livshändelser mera noggrant och detaljerat kan man planera in detta under ett senare skede av vårdperioden.

Ätminstone vissa möjliga påverkbara faktorer för insjuknandet är viktiga att få klarhet i. Under samma tillfälle klargörs även om det i livshistorien förekommit mobbning i skola, umgänget tillsammans med kamrater, studieframgång och eventuella flyttar från en bostadsort till en annan. Ifall det inte är möjligt att få uppgifter om patientens livshistoria dokumenteras att försök till intervju gjorts men att inga uppgifter fåtts fram.

I samband med utredning av livshistorien görs en sammanfattning av patientens livshistoria. I dokumentationen skildras livshändelser långt tillbaka mera kortfattat och för patienten mer betydelsefulla faktorer och de senaste händelserna mera noggrant.

→ Väliarvio -> rubrik - Livshistoria

4. Funktionsförmåga och livskvalitet

Utvärdering av patientens initiativförmåga och bedömning av livskvalitet ger en bild av patientens konkreta hjälpbehov, skildrar patientens aktuella grad av symptom och möjliggör senare en bedömning av vårdens effekt.

Bedömningen grundar sig på klinisk bedömning och mätare:

uppdat. 26.2.2013 (nl, ak)

→ 15 D – livskvalitetsmätaren (kommer senare)

I vårdplanen görs en sammanfattning gällande funktionsförmågan och livskvaliteét

→ Taustatiedot – toimintakyky

5. Kartläggning av symptom

Kartläggning av patientens symptom kräver god beskrivning av den kliniska bedömningen samt användning av lämplig mätare. Med hjälp av kartläggningen får man en systematisk och mätbar bild av patientens sjukdomssymptom med tanke på vårdplanering. Symptombeskrivningen görs i:

→ Sairaalaan tulotilanne - Sairaalan tulosyy ja oireet

Mätare :

- På alla patienter görs **AUDIT – frågeformulär**
- För deprimerade **BDI – test**
- Screening för bipolaritet **MDQ-test**

Hos patienter med psykos eller psykosmisstanke görs noggrann dokumentation. Symptomen kan dokumenteras med beskrivning ur ”Potilaan psykoottisuuden arviointi”. Under observationsperioden dokumenteras under varje arbetstur bedömning gällande detta.

→ Päiväseuranta

Vårdare gör en sammanfattning av symptomkartläggning. I dokumentationen framgår kliniska observationer av patientens symptom, mätningar som gjorts (eller försökt göras) och varje mätningens enskilda resultat.

→ Väliarvio - rubrik - oirekartoitus

6. Psykiatrisk bedömning av akutsituation RAI

(pappersblankett, i framtiden link i ESKO)

5

SAMMANDRAG

- från de olika delområdena gör egenvårdaren ett kompakt sammandrag
→ väliarvio – rubrik - **SAMMANDRAG AV
UNDERSÖKNINGSPERIOD**
- sammandraget skrivs även in på **hoitotyön yhteenveto-**blanketten som skickas till eftervårdsplatsen



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0 Mån

Information om 15D-livskvalitetsmätaren

Vårt mål är att förbättra behandlingens effektivitet

Att utveckla bättre behandlingsmetoder, förutsätter uppföljning av behandlingsresultaten. 15D-livskvalitetsmätaren ger mångsidig information om livskvalitetens olika faktorer. Genom 15-livskvalitetsmätaren, får vi en bild av din livskvalitet före behandlingen och efter behandlingen. Informationen hjälper oss att utveckla bättre behandlingsmetoder.

Vänligen svara på bifogade enkät och returnera svaren till vårdpersonalen. Du får den andra enkäten efter 1 Mån, den tredje enkäten efter 3 Mån och den fjärde enkäten efter 6 Mån efter ditt val, antingen per brev eller via E-post.

Era informationer behandlas konfidentiellt.

Personnummer:

Namn:

Telefonnummer:

Svarsdatum:

Välj hur du vill svara på de efterföljande enkäterna:

☐ Per brev,

address:

☐ Via e-mail,

address:

Psykiatri



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0Mån

Hur bor du?

- ☐ ensam
- ☐ tillsammans
- ☐ boendebidrag

Om tillsammans, med vem/vilka?

- ☐ barnen
- ☐ sambo/ähta hälft
- ☐ föräldrar
- ☐ vän

Grundutbildning

- ☐ del av grundskolan (< 9 år)
- ☐ grundskola/folkskola
- ☐ studentexamen

Forskarutbildning / Vad är den högsta utbildning eller examen du avlagt efter din grundutbildning?

- ☐ ingen yrkesutbildning
- ☐ läroanstalt- eller yrkeshögskoleexamen
- ☐ yrkesskola
- ☐ universitets- eller högskoleexamen

Vilket av följande alternativ beskriver bäst din nuvarande huvudsakliga aktivitet?

- ☐ arbetar heltid
- ☐ arbetar deltid
- ☐ studerande
- ☐ pensionerad för arbetsoförmögenhet
- ☐ får rehabiliteringsstöd ☐ arbetslös eller permitterad
- ☐ sköter eget hushåll eller familjemedlem
- ☐ värnpliktig eller utför civiltjänst
- ☐ annat

Nuvarande yrke: _____

Psykiatri



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

**Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0Mån**

**VÄNLIGEN BESVARA ALLA FRÅGOR GENOM ATT TYDLIGT VÄLJA DET ALTERNATIV SOM BÄST
BESKRIVER DIN SITUATION!**

1. Rörelseförmåga

- ☐ Jag kan gå normalt (utan svårigheter) inomhus, utomhus och i trappor.
- ☐ Jag kan gå utan svårigheter inomhus, men utomhus och/eller i trappor har jag lite svårigheter.
- ☐ Jag kan gå utan svårigheter inomhus (med hjälpmedel eller utan), men utomhus och/eller i trappor har jag ganska mycket svårigheter eller behöver hjälp av en annan person.
- ☐ Jag kan gå även inomhus endast med hjälp av en annan person.
- ☐ Jag är helt rörelsehindrad och sängbunden.

2. Syn

- ☐ Jag har normal syn, dvs. jag ser att läsa tidning och TV:s texter utan svårigheter (med glasögon eller utan).
- ☐ Jag ser att läsa tidning och TV:s texter med lite svårigheter (med glasögon eller utan).
- ☐ Jag ser att läsa tidning och/eller TV:s texter med betydande svårigheter (med glasögon eller utan).
- ☐ Jag ser inte, varken med eller utan glasögon, att läsa tidning eller TV:s texter, men jag klarar mig (kunde klara mig) utan personlig assistent.
- ☐ Jag klarar (skulle inte klara) mig inte utan assistent, dvs. jag är nästan eller helt blind.

3. Hörsel

- ☐ Jag hör normalt, dvs. jag hör väl normal talröst (med hörapparat eller utan).
- ☐ Jag hör normal talröst med små svårigheter.
- ☐ Jag hör normal talröst med betydande svårigheter, under samtal krävs högre talröst än normalt.
- ☐ Jag hör svagt även hög talröst; jag är nästan döv.
- ☐ Jag är helt döv.

4. Andning

- ☐ Jag andas normalt, dvs. jag har inte andnöd eller andra andningsbesvär.
- ☐ Jag får andnöd under tungt arbete eller sport, rask gång på slät mark eller i lindrig uppförsbacke.
- ☐ Jag har andnöd under gång tillsammans med jämnåriga på slät mark.
- ☐ Jag får andnöd även under lindrig ansträngning, tex. under tvättning och påklädning.
- ☐ Jag har andnöd nästan hela tiden, även i vila.

Psykiatri



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0 Mån

5. Sömn

- ☐ Jag sover normalt, dvs. jag har inga problem med sömnen.
- ☐ Jag har lindriga sömnproblem, tex. jag har svårt att somna eller jag vaknar sporadiskt under natten.
- ☐ Jag har betydande sömnproblem, tex. jag sover oroligt, det känns att jag inte får tillräckligt sömn.
- ☐ Jag har stora sömnproblem, tex. jag är tvungen att använda sömnmedicin ofta eller regelbundet, jag vaknar regelbundet under natten och/eller vaknar för tidigt på morgonen.
- ☐ Jag lider av svår sömnlöshet, tex. trots rikligt användande av sömnmedicin är det nästan omöjligt att sova, jag vakar största delen av natten.

6. Ätande

- ☐ Jag kan äta normalt, dvs. själv utan svårigheter.
- ☐ Jag kan äta själv med små svårigheter (tex. långsamt, klumpigt, darrande eller med hjälp av specialhjälpmedel).
- ☐ Jag behöver en aning hjälp av en annan person när jag äter.
- ☐ Jag kan inte alls äta själv, någon måste mata mig.
- ☐ Jag kan inte alls äta själv, jag måste matas med hjälp av slang eller med intravenös näring.

7. Tal

- ☐ Jag kan tala normalt, dvs. klart, tydligt och flytande.
- ☐ Jag har små svårigheter med tal, tex. jag måste söka orden eller rösten är inte tillräckligt tydlig eller den ändrar tonhöjd.
- ☐ Jag kan tala förståeligt, men stapplande, darrande, läspande eller stammande.
- ☐ Andra personer har svårt att förstå mitt tal.
- ☐ Jag kan uttrycka mig endast med gester.

8. Utsöndring

- ☐ Min urinblåsa och tarm fungerar problemfritt.
- ☐ Jag har små problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har urineringsproblem eller hård eller lös mage.
- ☐ Jag har betydande problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har sporadiska inkontinensbesvär eller svår förstoppning eller diarré.
- ☐ Jag har stora problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har regelbundet "misstag" eller behov av lavemang eller katetrisering.
- ☐ Jag har ingen kontroll över min urinblåsa- och/eller tarmfunktion.

Psykiatri



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0Mån

9. Vanliga funktioner

- ☐ Jag klarar mig normalt med vanliga funktioner (tex. arbete, studier, hemsysslor, fritidsintressen).
- ☐ Jag klarar mina vanliga funktioner med en aning sänkt förmåga eller med små svårigheter.
- ☐ Jag klarar mina vanliga funktioner med betydligt sänkt förmåga eller med betydande svårigheter eller endast delvis.
- ☐ Jag klarar endast en liten del av mina vanliga funktioner.
- ☐ Jag klarar inte alls mina vanliga funktioner.

10. Mental funktion

- ☐ Jag kan tänka klart och konsekvent, mitt minne fungerar felfritt.
- ☐ Jag har lindriga svårigheter att tänka klart och konsekvent, mitt minne fungerar inte helt felfritt.
- ☐ Jag har betydande svårigheter att tänka klart och konsekvent, jag lider i någon mån av glömska.
- ☐ Jag har stora svårigheter att tänka klart och konsekvent, jag lider av betydande glömska.
- ☐ Jag är helt förvirrad och jag har inget begrepp om tid och rum.

11. Besvär och symptom

- ☐ Jag lider inte av några besvär eller symptom, tex. smärta, värk, illamående, klåda osv.
- ☐ Jag lider av lindriga besvär eller symptom, tex. lindrig smärta, värk, illamående, klåda osv.
- ☐ Jag lider av betydande besvär eller symptom, tex. betydande smärta, värk, illamående, klåda osv.
- ☐ Jag lider av svåra besvär eller symptom, tex. svår smärta, värk, illamående, klåda osv.
- ☐ Jag lider av outhärdlig smärta, värk, illamående, klåda osv.

12. Depression

- ☐ Jag känner mig inte alls sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- ☐ Jag känner mig lite sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- ☐ Jag känner mig betydligt sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- ☐ Jag känner mig mycket sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- ☐ Jag känner mig ytterst sorgsen, nedstämd eller deprimerad.

Psykiatri



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

corame

Presentation av 15D-livskvalitetsmätaren och
enkäten 0 Mån

13. Angest

- ☐ Jag känner mig inte alls ångestfylld, spänd eller nervös.
- ☐ Jag känner mig en aning ångestfylld, spänd eller nervös.
- ☐ Jag känner mig betydligt ångestfylld, spänd eller nervös.
- ☐ Jag känner mig mycket ångestfylld, spänd eller nervös.
- ☐ Jag känner mig ytterst ångestfylld, spänd eller nervös.

14. Livskraft

- ☐ Jag känner mig frisk och livskraftig.
- ☐ Jag känner mig en aning utmattad, trött eller kraftlös.
- ☐ Jag känner mig betydligt utmattad, trött eller kraftlös.
- ☐ Jag känner mig mycket utmattad, trött eller kraftlös, nästan "slutkörd".
- ☐ Jag känner mig ytterst utmattad, trött eller kraftlös, totalt "slutkörd".

15. Sexualliv

- ☐ Mitt hälsotillstånd inverkar inte på något sätt på mitt sexualliv.
- ☐ Mitt hälsotillstånd försvårar en aning mitt sexualliv.
- ☐ Mitt hälsotillstånd försvårar betydligt mitt sexualliv.
- ☐ Mitt hälsotillstånd gör mitt sexualliv nästan omöjligt.
- ☐ Mitt hälsotillstånd gör mitt sexualliv omöjligt.

Psykiatri

| | | |
|-------|--------|-----|
| NAMN: | DATUM: | BDI |
|-------|--------|-----|

Anvisning:

Nedan finns en rad olika påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Från varje grupp (1-21) väljs ett alternativ, som motsvarar Ditt nuvarande sinnestillstånd allra bäst. Läs först igenom alla påståenden i en grupp. Ringa in den siffra, som motsvarar Ditt valda alternativ. Välj endast ett alternativ per grupp. Kontrollera att Du har svarat på alla punkter.

1. 0 Jag är inte sorgsen.
 1 Jag är sorgsen.
 2 Jag är hela tiden nedstämd och sorgsen och kommer inte i från det.
 3 Jag är så olycklig att jag inte står ut längre

2. 0 Jag är inte särskilt rädd för framtiden.
 1 Framtiden oroar mig.
 2 Det känns som om jag inte har någonting att vänta av framtiden.
 3 Framtiden känns så hopplös för mig att jag inte orkar tro att det blir en vändning till det bättre.

3. 0 Jag tycker inte att jag har misslyckats i livet.
 1 Jag tycker att jag har misslyckats oftare än andra människor.
 2 Mitt liv har hittills bara varit ett enda misslyckande.
 3 Jag känner mig fullständigt misslyckad som människa.

4. 0 Jag är inte särskilt missnöjd.
 1 Jag njuter inte av saker på samma sätt som förr.
 2 Jag får inte mera verklig tillfredsställelse av någonting.
 3 Jag är missnöjd och utled på allt.

5. 0 Jag känner mig inte särskilt skuldmedveten för någonting.
 1 Jag har ofta skuldkänslor.
 2 Jag har rätt kraftiga skuldkänslor största delen av tiden.
 3 Jag har skuldkänslor precis hela tiden.

6. 0 Jag tycker inte att jag blir bestraffad.
 1 Jag tror att jag kanske blir bestraffad
 2 Jag förväntar mig att bli bestraffad.
 3 Jag känner att jag nu blir bestraffad.

7. 0 Jag är inte besviken på mig själv.
 1 Jag är besviken på mig själv.
 2 Jag avskyr mig själv.
 3 Jag hatar mig själv.

8. 0 Jag tycker att jag är lika bra som vilken annan som helst.
 1 Jag förhåller mig kritiskt till mig själv på grund av mina svagheter och misstag.
 2 Jag klandrar mig själv för mina fel och brister.
 3 Jag anser mig själv vara helt oduglig.

9. 0 Jag har inga tankar på självmord.
 1 Jag har haft självmordstankar men ämnar ändå inte begå självmord.
 2 Jag skulle vilja begå självmord.
 3 Jag skulle begå självmord om jag fick en möjlighet till det.

10. 0 Jag gråter inte mera än vanligt.
 1 Nuförtiden gråter jag mera än förr.
 2 Jag gråter hela tiden
 3 Förr kunde jag gråta men nu kan jag inte gråta fastän jag vill.

11. 0 Jag är inte mera retlig än tidigare.
1 Nuförtiden blir jag lättare irriterad än tidigare.
2 Jag känner mig irriterad hela tiden.
3 Saker som förr fick mig att bli rasande irriterar mig inte längre.
12. 0 Jag är intresserad av andra människor.
1 Andra människor intresserar mig inte lika mycket som tidigare.
2 Jag har nästan helt förlorat mitt intresse och mina känslor för andra människor.
3 Jag har helt förlorat intresset för andra människor.
13. 0 Jag kan fatta beslut på samma sätt som förr.
1 Jag uppskjuter mina beslut i högre grad än tidigare.
2 Det är mycket svårt för mig att fatta beslut.
3 Jag är helt oförmögen att fatta beslut.
14. 0 Jag tror att jag har bibehållit mitt utseende.
1 Jag är rädd att jag ser gammal och oattraktiv ut.
2 Jag tycker att mitt utseende har förändrats bestående och att jag nu är oattraktiv.
3 Jag är säker på att jag är ful.
15. 0 Min arbetsförmåga är ungefär som tidigare.
1 Att börja ett arbete kräver extra ansträngningar.
2 Jag måste tvinga mig själv för att få någonting gjort.
3 Jag är totalt oförmögen att arbeta.
16. 0 Jag sover lika bra som tidigare.
1 Jag sover inte lika bra som tidigare.
2 Jag vaknar 1-2 tidigare än vanligt och har svårt att somna in på nytt.
3 Jag vaknar flera timmar tidigare än vanligt och kan inte somna in på nytt.
17. 0 Jag är inte tröttare än vanligt.
1 Jag blir snabbare trött än förr.
2 Också en obetydlig ansträngning gör mig trött.
3 Jag är för trött för att kunna uträtta något.
18. 0 Min aptit är som tidigare.
1 Min aptit är inte lika god som tidigare.
2 Min aptit är mycket mindre än tidigare.
3 Jag saknar totalt aptit.
19. 0 Min vikt är som tidigare.
1 Jag har magrat mer än 3 kg.
2 Jag har magrat mer än 5 kg.
3 Jag har magrat mera än 8 kg.
- Jag försöker avsiktligt gå ner i vikt genom att äta mindre. Ja ☐ Nej ☐
20. 0 Jag tänker inte mera än vanligt på min hälsa
1 Jag oroar mig för kroppsliga besvär såsom värk, smärtor, magbesvär eller förstoppning.
2 Jag oroar mig så mycket för mina kroppsliga besvär att mycket lite tid blir över för andra tankar.
3 Jag är så orolig för min kroppsliga besvär att jag inte förmår tänka på något annat.
21. 0 Mitt intresse för sex är som tidigare.
1 Jag är mindre intresserad av sex än tidigare.
2 Mitt intresse för sex är mycket mindre än tidigare.
3 Jag har helt förlorat mitt intresse för sex.

Tio personliga frågor om ditt alkoholbruk

Använder du alkohol måttligt, lagom eller för mycket? Är ditt alkoholbruk till glädje eller besvär? Har du någon gång velat minska ditt drickande? Du kan själv testa och bedöma ditt alkoholbruk.

Testresultaten kan även användas som material för forskning om beroenden. Vi publicerar resultaten och respondenternas bakgrundsuppgifter endast i statistisk form.

Klicka för det svarsalternativ som bäst motsvarar din situation.

Hur mycket dricker du?

1. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker? Notera även de tillfällen då du dricker endast små mängder, t.ex ett glas vin eller öl.

- aldrig
- cirka en gång i månaden eller mindre
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare

2. Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar då du använt alkohol?

- 1-2 portioner
- 3-4 portioner
- 5-6 portioner
- 7-9 portioner
- 10 portioner eller mer

3. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer per gång?

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

Har du svårt att sluta?

4. Hur ofta under det gångna året har det gått så att du inte kunnat sluta när du väl börjat dricka?

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

Blev något ogjort?

5. Hur ofta under det senaste året har det hänt att du på grund av ditt drickande inte fått något sådant utträttat som vanligen hör till dina uppgifter?

aldrig

mindre än en gång i månaden

en gång i månaden

en gång i veckan

dagligen eller nästan dagligen

Behöver du återställare?

6. Hur ofta under det gångna året har du behövt öl eller annan alkohol för att bättre komma igång på morgonen efter en kväll då du druckit mycket?

aldrig

mindre än en gång i månaden

en gång i månaden

en gång i veckan

dagligen eller nästan dagligen

Moralisk baksmälla?

7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuldkänslor eller ångrat dig när du druckit?

aldrig

mindre än en gång i månaden

en gång i månaden

en gång i veckan

dagligen eller nästan dagligen

Blev det luckor i minnet?

8. Hur ofta under det senaste året har du upplevt att du inte på grund av drickandet kommit ihåg vad som hänt kvällen innan

aldrig

mindre än en gång i månaden

en gång i månaden

en gång i veckan

dagligen eller nästan dagligen

Har du skadat dig själv eller andra?

9. Har du skadat dig själv eller har någon annan stött sig eller fått skador till följd av ditt alkoholbruk?

nej

ja, men inte under det gångna året

ja, under det senaste året

Har någon haft något att påstå?

10. Har någon närstående, en vän, en läkare eller någon annan varit bekymrad över ditt alkoholbruk eller föreslagit att du borde börja dricka mindre?

aldrig

ja, men inte det senaste året

ja, under det gångna året

11. Är du:

Man

Kvinna

12. Ålder

15 eller under

16 - 17

18 - 24

25 - 30

31 - 40

41 - 50

51 - 64

65 eller mera

Källa: Världshälsoorganisationen WHO (AUDIT-test)

Screening för bipolaritet – MDQ

1 Har det någon gång i ditt liv funnits en period då du upplevt att du inte varit ditt normala jag och...

... du mådde så bra eller var så överaktiv att andra inte tyckte du var dig lik, eller du var så uppåt att du ställde till med problem för dig själv?

... du var så irriterad att du blev högljudd eller skrek åt människor, började gräla eller blev våldsam?

... du kände dig mycket mer självsäker än vanligt?

... du sov betydligt mindre än vanligt utan att det påverkade dig?

... du var mycket mer pratsam eller pratade fortare än vanligt?

... tankar rusade i huvudet eller du inte kunde hejda tankeflödet?

... du var så lätt distraherad av händelser omkring dig att du hade svårt att koncentrera dig eller vara fokuserad på en uppgift?

... du hade mycket mer energi än vanligt?

... du var mycket mer aktiv eller gjorde många fler saker än vanligt?

... du var betydligt mer social och utåtriktad än vanligt? (T ex ringde vänner mitt i natten).

... du var mycket mer intresserad av sex än i vanliga fall?

... du gjorde saker du inte brukar göra eller som andra människor skulle ha tyckt var överdrivna, tokiga eller riskabla?

... du slösade med pengar på ett sätt som skapade problem för dig eller din familj?

2 Om du svarat "ja" på mer än en av ovanstående frågor, har då flera av dessa någonsin inträffat under samma tidsperiod?

Ja

Nej

3 I vilken utsträckning orsakade dessa saker problem för dig? (T ex oförmåga att arbeta, svårigheter att fungera i familjen, ekonomiska problem, juridiska problem, meningsskiljaktigheter, bråk eller våldsamheter).

Inga
problem

Mindre
problem

Problem

Allvarliga
problem